

UNIVERSITÉ DE PARIS

—

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1929

THÈSE **58**

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN-MARIE AUCLAIR

né à Bourges (Cher), le 27 Mai 1902

Etude des Gros Enfants

nés en 1928

à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

AU COMMERCE DES IDÉES

26, Boulevard Saint-Michel

PARIS

—
1929

UNIVERSITÉ DE PARIS

— FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN-MARIE AUCLAIR

né à Bourges (Cher), le 27 Mai 1902

Etude des Gros Enfants

nés en 1928

à la Maternité de l'Hôpital Boucicaud

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

AU COMMERCE DES IDEES

26, Boulevard Saint-Michel

PARIS

—
1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN.....

M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE. OLIVIER. CUNÉO. H. ROGER. STROHL. DESGREZ. LEMIERRE. BRUMPT. Marcel LABBÉ. N.... LECÈNE. ROUSSY. CHAMPY. TIFFENEAU. LÈPER. Léon BERNARD BALTHAZARD. MÉNÉTRIER. RATHERY. CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. N..... LE REBOULLET NOBÉCOURT. H. CLAUDE. GOUGEROT. GUILLAIN. TEISSIER. DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET. TERRIEN. LEGUEU. COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN. J.-L. FAURE. OMBRÉDANNE. VAQUEZ. SEBILEAU. DUVAL. SERGENT. ROUVIÈRE. BRANCA.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique des maladies du système nerveux.....	
Clinique des maladies infectieuses.....	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique urologique.....	
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale.....	
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	
Professeur sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER ..	Pathologie médicale
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER ..	Urologie.

MM.

HOVELACQUE ..	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE ...	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL ..	Obstétrique.
LHERMITTE ..	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT ..	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLÉRY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT ..	Pathologie médicale
GUÉNIOT	Obstétrique.
DEMELIN	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

RETTIERER ...	Histologie.
TANON	Pathologie médicale
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE .. Clinique chirurgicale.
AUVRAY.... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.. Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER. Clinique obstétricale.
LEREBoullet.... Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI..... Clinique médicale.
MOCQUOT... Clinique chirurgicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.
VILLARET.. Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE , agrégé...	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLET-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SCHWARTZ

M. LE DOCTEUR CLAISSE

M. LE DOCTEUR JULES RENAULT

M. LE DOCTEUR SOREL

LES GROS ENFANTS

CHAPITRE PREMIER

a) ÉTUDE HISTORIQUE.

b) INTRODUCTION.

a) *Etude historique*

Depuis fort longtemps, déjà, de nombreux auteurs se sont préoccupés des facteurs qui pouvaient intervenir dans la détermination du poids des enfants à la naissance.

Dès 1810, *Richter*, à Moscou, établissait une moyenne de poids. Il trouvait, sans distinction de sexe 9 livres et $1/15^e$. Plus tard, *Quetelet*, sur un grand nombre d'accouchements, trouvait une autre valeur qu'il fixait à 3.055 grammes. La détermination du poids moyen particulier à chaque sexe lui donnait des résultats un peu différents: 2 k. 91 pour les filles, et 3 k. 200 pour les garçons.

Simpson, dans un « mémoire sur le sexe de l'enfant considéré comme une cause de dystocie », publié dans les *Obstétrical Works* à Londres en 1856, attachait encore plus d'importance au sexe de l'enfant comme facteur de son poids à la naissance. Il trouvait ainsi que sur 154 accouchements dystociques ayant

entraîné la mort de la mère, on trouvait 105 garçons contre 49 filles seulement.

P. Second. dans les *Annales de Gynécologie* de 1874, s'occupe aussi de déterminer ce poids moyen de l'enfant en s'appuyant, tant sur les statistiques précédentes que nous venons de rappeler, que sur des statistiques personnelles importantes.

Non seulement, il détermine ainsi pour 4.014 accouchements observés à la Maternité de Paris un poids moyen de 3.060 grammes, mais il indique un maximum de poids qui n'a jamais, à son dire, été dépassé, et qu'il fixe à 5.300 grammes, fait sur lequel nous reviendrons, la littérature obstétricale internationale contenant de nombreuses relations de cas qui contredisent cette affirmation.

Second relate enfin parmi ces 4.014 accouchements, 20 cas de 4.500 grammes et 115 nouveaux-nés pesant entre 4.000 et 4.500 grammes.

Plus tard, *Lauro de Francò*, dans sa thèse, en 1874, s'est aussi demandé quel était le poids moyen du nouveau-né, et il a été amené au chiffre de 3.160 grammes, établi d'après 68 accouchements, dont 32 garçons et 36 filles.

Depuis 1900, les travaux concernant le poids des enfants, tant normaux et moyens, qu'anormaux, soit par leur faible poids, soit par l'excès de poids ou de volume, se sont multipliés.

Nous ne saurions mieux faire pour justifier le fait de n'avoir appliqué le terme de « gros enfant » qu'à ceux qui, à la naissance, pèsent plus de 4.000 grammes,

que de reproduire le tableau de détermination du poids moyen de l'enfant à terme, tel qu'il ressort des recherches entreprises par les auteurs qui les premiers se sont attachés à cette détermination.

Aussi bien, il semble admis depuis la thèse de M^{me} Katzen, à Toulouse, en 1915, confirmant celle plus ancienne de Zeutler, en 1891, que le poids moyen de l'enfant à terme ressortit à 3.250 grammes environ.

Nous n'ignorons pas que le *Pr Pinard* a prouvé que le repos pendant la gestation pouvait augmenter le poids de l'enfant dans des notables proportions, mais nous nous réservons de revenir tout au long sur ce sujet au cours de ce travail.

STATISTIQUE DES POIDS MOYENS A LA NAISSANCE ÉTABLIS

Par	Nb. enfants	Garçons-filles	Moyenne
Quetelet	119		3.055 gr.
Burdach	7		3.060 gr.
Matern. de Paris	20.000		3.060 gr.
Winckel	100	56-44	3.375 gr.
Bouchaud	1.300		3.250 gr.
Math Duncan	2.087		3.542 gr.
Haeker	1.096		3.620 gr.
Odier et Blach	286		3.250 gr.
Tardieu	4.014		3.250 gr.
Quinquaud	450		3.250 gr.
Foisy	1.500		3.250 gr.
Franco	68		3.160 gr.
Katzen		32-36	3.240 gr.
Zeutler			3.250 gr.

On voit donc qu'en étudiant les enfants au-dessus de 4.000 gr. nous nous tenons largement dans le cadre d'une réelle anomalie de la gestation dont les produits peuvent être qualifiés de « gros enfants ».

En 1922, *Zailer*, de Bâle, dans sa thèse d'après le fonctionnement de la Maternité de Bâle, s'attache à étudier spécialement les enfants de 4.000 à 5.000 grammes à la naissance. Ceci semblerait indiquer que 5.000 gr. représentent un maximum très rarement dépassé. Il est exact que si, comme nous le verrons au cours de ce travail, les enfants pesant plus de 4.000 grammes représentent déjà une infime minorité, le pourcentage s'établissant autour de 5%, ceux qui dépassent le poids de 5.000 grammes ressortissent presque de la tératologie. Nous ne saurions cependant entrer dans le vif de cette étude sans citer, parmi un nombre de cas d'enfants de plus de 5.000 grammes, qui va toujours en s'augmentant au fur et à mesure que surgissent les publications nouvelles de la littérature médicale, sans citer, disons-nous, les cas classiques que *Dubois*, sur la foi de *Bréchin*, rapportait déjà dans sa thèse en 1897.

Cazeaux relate le cas de l'accouchement normal d'un fœtus de 10 livres.

M^{me} Lachapelle, de son côté, a observé à la Maternité de Paris un enfant nouveau-né du poids de 12 livres.

Avens a publié l'observation d'un enfant qui mesurait à la naissance 60 centimètres de long et pesait 17 livres $\frac{1}{2}$.

L'enfant dont *Beaudelocque* a relaté l'accouchement pesait 12 livres $\frac{3}{4}$.

Rimbault ayant appelé *Cazeaux* en consultation, pour un accouchement dystocique, ils accouchent ensemble un enfant mort du poids monstrueux de 18 livres.

Meadows, de son côté, nous rapporte le cas de l'enfant le plus long, avec 80 centimètres ; cet enfant pesait 8 k. 140.

Mais le poids qui semble jusqu'à présent être le plus fort connu est celui du célèbre fœtus d'*Ortêga*, avec ses 11 k. 300.

b) *Introduction*

Ne perdons pas de vue cependant que là n'est pas le but de cette étude, et que nous laisserons de côté ces manifestations, qui encore une fois ressortissent plutôt du domaine tératologique.

Nous nous sommes en effet efforcés après avoir dépouillé toutes les observations de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut pour l'année 1928, de rechercher parmi celles-ci les éléments qui nous permettront de tirer des conclusions quant aux différentes questions qui se posent en présence d'un gros enfant.

Concernant l'enfant, la mère, l'évolution de la grossesse, la marche et l'issue de l'accouchement, les suites de couches pour la mère, le pronostic ultérieur qu'on peut porter sur l'enfant.

Pour cela nous étudierons successivement :

l'enfant. — son poids,

son sexe le plus fréquent,

sa fréquence par rapport aux enfants

de poids normal.

la mère. — son âge,

sa primiparité, ou multiparité,

l'état de sa santé en dehors de

la grossesse,

le retentissement de la syphilis, du diabète, des maladies aiguës ou chroniques.

Les rapports de l'enfant et de la mère :

les accidents qui peuvent survenir,

l'influence du repos,

l'accouchement, la durée du travail,

la durée de l'expulsion,

les présentations avec

leur fréquence,

les modalités de la délivrance.

Puis pour la mère, la physiologie des suites de couches.

Et enfin, les variations du poids de l'enfant après sa naissance.

CHAPITRE II

Le Gros Enfant

a) SON POIDS

b) SON SEXE

c) SA FRÉQUENCE GÉNÉRALE

Poids du gros enfant.

Nous avons défini le gros fœtus, le gros enfant comme pesant plus de 4.000 grammes, mais, entre ce poids et le poids maximum qu'il nous a été donné d'observer à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, la marge est grande, puisque nous avons dans nos observations un enfant du poids de 5.340 grammes né d'une quatrième parité (obs. IV—174). Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de ranger dans une même catégorie des enfants de poids aussi différents. Il nous a d'autre part semblé intéressant de rechercher la fréquence de ces gros enfants dans différents groupes de poids qu'il nous a paru commode, bien qu'arbitraire, de diviser, à l'exemple de *Zailer*, dans sa thèse inaugurale publiée à Bâle en 1922.

Avec lui, nous distinguerons dans les groupes :
1° les enfants pesant entre 4.000 et 4.250 grammes ;

2° ceux pesant entre 4.250 et 4.500 grammes ; 3° ceux dont le poids est compris entre 4.500 et 4.750 grammes, 4° ceux dont le poids est situé entre 4.750 et 5.000 grammes; 5° et enfin, ceux dont le poids dépasse 5 k.

La majorité des nouveaux-nés de ces catégories devra logiquement se trouver répartie dans les 2 premiers groupes (entre 4.000 et 4.250). Voici les chiffres que nous a donnés la recherche de cette répartition:

Ainsi qu'on le voit par le tableau page 9, plus de la moitié des cas observés se trouvent rassemblés dans le premier groupé, puisque nous y trouvons 57,5% de la totalité des gros enfants.

D'autre part, ainsi qu'il fallait s'y attendre, la variation de pourcentage est tellement rapide au fur et à mesure qu'on passe à des groupes de poids supérieurs que nous trouvons seulement 5% des gros enfants pesant plus de 5.000 grammes.

Par ces chiffres qui, évidemment, portent sur un nombre d'accouchements moindre que ceux que *Zailer* a considérés dans sa thèse en 1922, nous nous trouvons en léger désaccord avec cet auteur.

Il indique en effet d'après sa statistique que les gros enfants du premier groupe (4.000 à 4.250 grammes) représentent 67,6%, alors que notre statistique personnelle nous a donné un chiffre inférieur de 10% avec 57,5% seulement.

Il en est ainsi pour tous les groupes de poids où ses résultats sont un peu plus forts que ceux que nous avons tirés des observations sur lesquelles a porté notre travail.

RÉPARTITION DES GROS ENFANTS DANS LES DIFFÉRENTS GROUPES DE POIDS

	Nb. total	% dans les gros enfants Zailer	% dans tous les accouchements	% d'après Zailer et Markovitch
4000 à 4250	46	57,5 %	2,25 %	4,06 %
4250 à 4500	23	28,75 %	1,125 %	1,65 %
4500 à 4750	4	5 %	0,19 %	0,58 %
4750 à 5000	2	2,5 %	0,095 %	0,21 %
au-dessus				
de 5000 %	4	5 %	0,19 %	0,5 %

Fréquence générale du gros enfant

Après avoir classé dans les différents groupes de poids les gros enfants et avoir étudié leur répartition, la plus ou moins grande fréquence de ces enfants dans ces différents groupes, il nous faut nous demander si, parmi les accouchements pris en général, il est très fréquent de rencontrer de gros enfants, et quel est l'ordre de cette fréquence générale.

Nous avons trouvé dans les travaux sur cette question quelques résultats que voici: *Desbruères* rapporte que *Bobo* signale avoir trouvé 46 gros enfants sur 1.000 cas, soit une proportion de 4,6%. *Zailer* fait ressortir cette fréquence à 7,22%, et son travail a porté sur 681 gros enfants, sur une totalité de 9.430 accouchements groupés sur 5 années.

Desbruères, sur 11.224 accouchements a relevé 559 gros enfants, ce qui lui a donné le chiffre de 4,98 %.

D'autres auteurs, *Winckel*, *Gossraü*, *Haëker*, *Markovitch* ont indiqué des résultats rapportés dans le tableau ci-contre et qui varient entre 3,3%, chiffre le moins élevé cité par *Winckel*, et 7,22%, chiffre le plus élevé, signalé par *Zailer*.

Nos observations à la Maternité de l'Hôpital Boucicaud nous ont permis d'établir le chiffre de 3,92%, chiffre qui se rapproche de la moyenne des pourcentages des différents auteurs, moyenne qui s'établit à 4,93%, se rapprochant ainsi de celle de *Desbruères*.

Nous sommes portés à conclure, comme cet auteur, que le pourcentage exact est difficile à établir, et que les différences entre les auteurs proviennent des diffé-

STATISTIQUE DU POURCENTAGE GÉNÉRAL DE GROS ENFANTS

D'après	Nb. d'accouch.	Nb. de gros enf.	%
Winckel (Driesde)	30.000	1.007	3,3 %
Gossrau	8.408	285	3,38 %
Haëcker	12.028	616	5,12 %
Markovitch (Bâle)	15.000	1.030	6,87 %
Zailer (Bâle)	9.430	681	7,22 %
Desbruères (Paris)	11.234	559	4,98 %
Maternité de Boucicaut	2.039	79	3,92 %
Moyenne des pourcentages			4,93 %

rentes époques auxquelles ont été faites ces statistiques, l'écart pouvant parfois être grand dans un même hôpital d'une année à l'autre, et cet écart pouvant varier suivant les pays et les races considérées.

Le sexe du gros enfant.

Un gros enfant a-t-il plus de chance d'être un garçon ? Nous savons par des statistiques nombreuses, des études répétées, que le poids moyen des garçons est plus élevé que celui des filles. Rappelons seulement que dès 1850, *Quetelet*, ayant recherché de nombreux cas, établissait la moyenne du poids pour les

filles à 2 k. 91, et pour un garçon à 3 k 200, ce qui fait près de 300 grammes de différence. Ce décalage du poids au profit de l'enfant mâle reste-t-il vrai quand il s'agit de gros enfants? Tous les auteurs semblent d'accord sur ce point. Seul, *Dubois* ne conclut pas; il a en effet sur 9 gros enfants nés à la clinique Baudelocque observé une série de 3 garçons et de 6 filles. Il est permis de se demander pourquoi, ayant réuni ces deux séries d'observations, et une statistique ayant d'autant plus de chance d'être vraie qu'elle porte sur de plus nombreux cas, il n'a pas conclu comme les autres auteurs sans exception, que le gros enfant était le plus souvent un garçon.

Desbruyères donne comme résultat environ 1 fille pour 2 garçons, *Zailer*, plus détaillé et dont nous don-

RÉPARTITION DU SEXE CHEZ LES GROS ENFANTS

	Statistique personnelle			D'après Zailer		
	Nb. total	Garçons	Filles	Nb. total	Garçons	Filles
4000 à 4250	46	31	15	459	302	157
4250 à 4500	3	13	10	148	102	46
4500 à 4750	4	3	1	55	40	15
4750 à 5000	2	1	1			
au-dessus de 5.000	4	3	1	19	16	3
Total	79	51	28	681	460	221

nous quelques-uns des résultats dans le tableau ci-dessus trouve dans les différents groupes un pour-

centage de garçons de

I	II	III	IV
65,79%	68,91%	72,72%	84,21%.

Il nous a été impossible d'arriver à cette précision, le nombre des cas observés par nous en 1928 à l'Hôpital Boucicaut n'ayant pas été aussi important, mais il nous semble exact que si dans les groupes de 4.000 et 4.250 grammes, les garçons sont déjà les plus nombreux, au fur et à mesure qu'on examine des groupes de poids plus forts, la quantité des garçons tend à augmenter par rapport au nombre des filles observées et au nombre général d'accouchements.

Nous nous bornerons donc à ce sujet à joindre nos résultats à ceux des auteurs précédents qui sont unanimes à conclure. Nous avons trouvé en effet sur 79 cas de gros enfants, 51 garçons contre 28 filles, ce qui donne environ une fille pour deux garçons, résultat identique à celui rapporté par *Desbruères* en 1924.

CHAPITRE III

La Mère du Gros Enfant

- a) SON AGE
 - b) INFLUENCE DE LA MULTIPARITÉ
 - c) INFLUENCE DU REPOS
-

Son âge

Après avoir étudié le gros enfant, nous devons nous faire une idée des caractéristiques de sa mère. A-t-elle des qualités particulières? Y a-t-il des conditions pour avoir de gros enfants?

C'est encore un sujet que beaucoup d'auteurs ont abordé et depuis fort longtemps.

C'est d'ailleurs sous la forme suivante que la question a déjà été posée maintes fois:

Quel est l'âge, ou bien y a-t-il un âge auquel le système reproducteur de la femme est capable de donner les enfants les mieux constitués, les mieux armés pour la vie, les plus lourds à la naissance?

Les avis diffèrent suivant les auteurs et les résultats sont loin de concorder. *Mathews Duncan* donne comme moyenne 25 à 30 ans et a même énoncé plus explicitement:

« Le poids des nouveaux-nés augmente avec l'âge de la mère jusqu'à 29 ans ».

Warnich a énoncé la loi suivante :

« L'âge influe sur l'accroissement du poids et de la longueur du fœtus suivant une progression ».

Foisy a publié des résultats bien différents de ceux de *Duncan*, et il a même déterminé un âge de la mère où le poids est maximum pour une fille et un autre âge où le poids des garçons est le plus fort :

	âge optimum.
garçon	40 à 50 ans
fille	30 à 34 ans

Bobo veut que l'âge optimum soit 35 ans.

Alphaud donne le chiffre de 30 ans.

Dubois situe sans règle fixe le fonctionnement optimum du système reproducteur chez la femme entre 25 et 35 ans.

Parmi tous ces chiffres que nous avons été amenés à comparer, les deux derniers en date publiés par *Zailer* et *Desbruères* ont été ceux desquels nos observations personnelles se sont rapprochées.

Zailer en effet trouve des âges différents suivant le poids de l'enfant :

I	II	III	IV
28ans,70/100,	31ans,35/100,	32ans,34/100,	32ans,10/100

Son dernier chiffre infirme la règle de la progression constante exprimée par *Warnich*, puisque ses

plus gros enfants proviennent de femmes légèrement moins âgés en moyenne que les mères des enfants des groupes précédents.

Desbruères trouve une moyenne de 30 ans et se range à l'avis de *Dubois*, en citant comme optima la période située entre 25 et 35 ans. Pour nous, la moyenne que nous avons calculée d'après les chiffres relevés sur le tableau reproduit ci-dessous s'établit aux alentours de 28 ans. Nous comprenons bien tout ce qu'à d'arbitraire une telle affirmation et nous serions volontiers portés à conclure comme *Desbruères* sur une période optima située entre 25 et 35 ans, puisque sur nos 79 cas, 40 se trouvent compris dans ces limites. Il nous semble plus exact de conclure en disant que l'âge optimum du maximum de vigueur du système reproducteur de la femme est soumis à des variations.

Age moyen des femmes ayant de gros enfants.

Au-dessous de 20 ans	1
De 20 à 30 ans :.....	46
De 30 à 40 ans :.....	30
Au-dessus de 40 ans :	2
Age moyen :.....	28 ans.

qui tiennent à de nombreux facteurs : genre de vie, âge où la femme est devenue pubère, variations de l'activité des glandes endocrines, race, pays, etc...

Quoi qu'il en soit, on peut déduire de ces chiffres que l'apanage du gros enfant n'appartient en général

ni aux femmes trop jeunes, ni à celles qui frisent la ménopause, mais à celles qui sont en pleine activité génitale.

Influence de la multiparité

A l'article « *Fœtus* » du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, le *Pr Pinard* cite les lois suivantes :

1° « L'âge aussi bien que le nombre des accouchements influe sur l'accroissement de poids et de longueur du fœtus, et chaque facteur agit suivant une progression "Warnich" ».

2° « Tout produit d'une grossesse répétée dépasse en poids et en longueur les précédents ». "Haecker"

Nous avons vu au chapitre précédent où d'ailleurs nous avons déjà cité l'une de ces lois, l'influence de l'âge de la mère sur le poids de l'enfant à la naissance.

Plusieurs auteurs, *Bobo*, *Alphand*, *Dubois* ont indiqué comme certaine l'influence de la multiparité sur le poids de l'enfant. *Alphand* rapporte de plus des chiffres à l'appui de ses dires et trouve seulement 80 enfants de primipares pour 457 enfants de multipares sur 537 gros enfants.

J. et P. Delmas trouvent seulement 13,05% de gros enfants issus de primipares contre 86,95% issus de multipares. *Zailer*, dans sa thèse rapporte les statistiques de *Gossraü* avec 20,7% de primipares, et 79,3% de multipares ayant accouché de gros enfants.

Pour *Winckel*, les gros enfants issus de primipares sont au nombre de 28,2%, et ceux issus de multipares, au nombre de 71,8%, d'après une étude basée sur 17 ans de fonctionnement de la Maternité de Dresde et de Munich.

Après avoir rapporté ces résultats, *Zailer* conclut pour son propre compte à 20% issus de primipares et 80% de multipares. Il considère d'ailleurs encore dans ce chapitre les différents groupes de poids et trouve 24,83% de primipares entre 4.000 et 4.250 grammes, alors qu'il n'en trouve que 12,72% dans le IV^e groupe de 4.750 à 5.000 grammes.

Desbruères fait remarquer que, suivant les lois énoncées par le *Pr Pinard*, il est logique que plus une femme a eu d'enfants, plus ceux-ci doivent être gros.

Si nous nous reportons en effet aux trois cas d'enfants de plus de 5.000 grammes que nous avons observés, nous voyons que l'un (obs. IV, enfant de 5.340 grammes) est issu d'une V pare, le 2^e (obs. XXXV, enfant de 5.040 grammes) est issu d'une primipare, et le 3^e enfant de 5.010 grammes (obs. XLIII) est issu d'une IV pare.

Il nous semble donc prouvé que plus une femme a eu d'enfants, plus elle a de chances (toutes choses égales d'ailleurs), lorsqu'elle est à une âge de grande activité génitale, pour avoir un gros enfant.

Le tableau que nous avons reproduit pourrait être interprété en sens inverse si nous ne faisons une remarque à son sujet.

POURCENTAGE DE GROS ENFANTS D'APRÈS LA PARITÉ

	Total	% parmi les gros enfants	% général
Primipares	20	25,3 %	9,7 ‰
Secondipares	19	24 %	9,3 ‰
3 ^e pare	17	21,5 %	8,3 ‰
4 ^e pare	9	11,3 %	4,4 ‰
5 ^e pare	8	10,1 %	3,9 ‰
6 ^e pare	2	2,53 %	0,9 ‰
7 ^e pare	3	3,79 %	1,4 ‰

Sur nos 79 cas de gros enfants, les primipares semblent être les plus nombreuses au fur et à mesure de moins en moins nombreuses au fur et à mesure que le nombre de leurs gestations augmente. Cela tient à ce qu'il y a peu de femmes qui soient multipares dans l'état actuel de nos mœurs et les 20 multipares ayant de gros enfants sont un bien petit chiffre si on les compare au 800 primipares (sur 2039 accouchements) qui sont venues accoucher à l'Hôpital Boucicaut en 1928. Au contraire les 8 V pare, les 2 VI pare et les 3 VII pare à gros enfants forment un pourcentage important des V, VI et VII pares peu nombreuses que nous avons vu accoucher au cours de l'année 1928.

Le repos de la mère est-il facteur de gros enfants ?

C'est le 26 novembre 1895 que le Professeur Pinard énonça pour la première fois à l'Académie de Médecine :

Un enfant dont la mère s'est reposée pendant la gestation pèse en moyenne plus lourd que celui dont la mère a continué à travailler. 500 femmes ayant travaillé ont donné naissance à des enfants du poids moyen de 3010 grammes.

500 femmes d'autre part s'étant reposées pendant les 3 derniers mois de la gestation ont donné naissance à des enfants du poids moyen de 3.366 gr.

Ces chiffres sont évidemment des extrêmes, puisqu'il s'agit dans ces cas de femmes ayant travaillé, dans des professions très fatigantes.

Letourneur, élève du professeur *Pinard*, dans sa thèse de 1897 a bien étudié l'influence du repos et de la profession de la mère sur le produit de la gestation.

Il conclut ainsi :

La profession moins fatigante pour la mère est une bonne chose pour l'enfant, le repos de la mère est une chose meilleure puisque les femmes qui se reposent pendant leur grossesse mettent au monde des enfants d'un poids sensiblement égal (toutes choses égales d'ailleurs) et dont le poids moyen est supérieur de 220 gr. à celui des enfants des femmes ayant travaillé pendant la gestation.

Nous ne pouvons dans notre cas personnel, donner des chiffres exacts à cause de la difficulté où nous avons été de savoir exactement ce que faisait la femme pendant sa grossesse.

Néanmoins, nous pouvons sans nous écarter de la vérité dire que plus de 95 % des femmes, actuelle-

ment se reposent au moins le dernier mois de la grossesse ; et si nous considérons que les gains fœtaux sont d'autant plus importants et rapides qu'on se rapproche du terme, nous pouvons donc conclure que pratiquement les femmes peuvent être considérées comme bénéficiant en grande majorité du repos du dernier mois et que l'influence du repos ne saurait être négligée, mais ne saurait être plus invoquée pour les 79 femmes ayant accouché de gros enfants que pour les 1960 femmes ayant accouché à la Maternité de Boucicaut en 1928.

Rapportons enfin pour terminer que *Desbruères* cite des femmes ayant travaillé à des métiers très durs jusqu'à la veille de leur accouchement et qui n'en ont pas moins accouché de gros enfants de plus de 4.000 gr.

La conclusion qui découlera donc de toutes ces constatations, est que, tout en reconnaissant l'influence générale du repos sur le poids du fœtus, nous ne pouvons cependant dire que les 79 cas de gros enfants que nous rapportons ici ont, plus particulièrement que les autres cas observés dans les mêmes conditions, bénéficié du repos maternel au point de passer de la catégorie des enfants normaux moyens dont le poids s'inscrit autour de 3.500 gr., à la catégorie que nous envisageons et dont le poids est supérieur à 4.000 gr., puisque de l'avis des auteurs qui se sont occupés particulièrement de la question, le gain fœtal dû au repos maternel ne saurait excéder 250 à 300 gr. dans tous les cas,

Avant de terminer l'étude de la mère du gros enfant et des différents facteurs qui lui font procréer de tels enfants ; après avoir envisagé l'âge, le repos, la multiparité il nous reste encore une question à résoudre.

Le gros enfant est-il le plus souvent un fait isolé, est-il le seul au milieu d'enfants de poids moyen qui le précèdent et peuvent le suivre dans d'autres gestations antérieures ou postérieures?

Il est évident que nous ne saurions parler des gestations postérieures à celles que nous avons étudiées puisqu'elles sont pour les mères en question la dernière gestation en date.

Mais nous pouvons juger comparativement et nous demander simplement :

Y a-t-il des femmes plus que d'autres prédisposées à avoir de gros enfants. Le gros enfant est-il souvent un fait isolé ou un élément d'une lignée qui rentre dans cette catégorie?

D'une grossesse à l'autre, l'état de santé de la mère peut varier dans des limites telles, les fonctions ovulaires se modifier suffisamment pour que la progression annoncée par *Warnich* et par *Haëker*, ne soit pas vérifiée.

Examinons les résultats que nous ont fournis nos observations personnelles — nous essayerons ensuite d'en tirer une conclusion ferme.

Après avoir éliminé les 20 primipares pour lesquelles évidemment la question de la série de gros enfants ne se pose pas encore ; il nous reste encore

59 cas de multipares pour lesquelles nous avons recherché les antécédents.

Nous avons ainsi trouvé 22 multipares ayant 1, 2 ou 3 gros enfants antérieurement à leur grossesse de 1928.

Parmi celles-ci, 2 ont eu 3 gros enfants, ce sont :

Obs. IV.—174. Femme ayant accouché antérieurement à 1928 1° d'un garçon de 6.000 gr. 2° d'une fille de 5.000 gr. 3° d'une fille de 5.500 gr. 4° Elle accouche en 1928 d'un garçon de 5.340 gr.

Obs. XXXVI.—1361 V° pare. Sur ses quatre précédents, 3 enfants sont de gros enfants: le premier à l'âge de 16 ans, garçon de 4.500 gr.; le second est aussi un garçon de 4.500 gr.; le troisième est de poids moyen; le quatrième est un garçon de 4.250 gr.

Son enfant de 1928, le cinquième, est une fille de 4.250 gr.

Sept autres des mères ont eu deux fois de gros enfants antérieurement à 1928. Ce sont les femmes des observations:

I.—86. IV° pare. Le premier enfant est de poids moyen; le second est une fille de 4.000 gr.; le troisième une fille de 4.150 gr. En 1928, son enfant est un gros garçon de 4.050 gr.

XV.—592 III° pare. A 19 ans, elle a accouché d'un garçon de 6.000 gr. En 1917, un garçon de 6.150 gr. mort-né ayant déterminé une dystocie des épaules et dont la présentation a dû être accouchée aux forceps.

En 1928, on l'accouche prématurément pour éviter semblable accident, à 15 jours du terme d'une fille pesant 4.020 gr.

XIV.—544. III^e pare. Le premier enfant est un garçon pesant 4.250 gr.; le second une fille pesant 4.250 gr. En 1928, son enfant est une fille pesant 4.090 gr.

XXIV.—833. V^e pare. Le second enfant est une fille de 4.000 gr.; le troisième un garçon de 4.330 gr.

XXXVIII.—1458. III^e pare. Le premier enfant est une fille de 4.300 gr.; le second une fille de 4.000 gr. L'enfant de 1928 est un garçon pesant 4.070 gr.

XLIII.—1561. IV^e pare. Le premier enfant est une fille de 4,540 gr. ; le second une fille à terme ne pesant que 2.000 gr. ; le troisième un garçon de 5.540 gr. Enfin, en 1928, il s'agit d'un garçon pesant 5.010 gr.

XIX.—699. III^e pare. Les deux premiers enfants sont des filles qui pesaient chacune 4.000 gr. En 1928, c'est un garçon pesant 4.080 gr.

Enfin 13 des parturientes ont eu antérieurement à leur gestation de 1928 un enfant pesant plus de 4.000 grammes. Ce sont:

1°) Obs. VII.—337. III^e pare. Le second était une fille pesant 4.050 gr.

2°) obs. VIII.—409. III^e pare. Le second enfant était une fille pesant 4.130 gr.

3°) Obs. XVI.—504. VI^e pare. Le deuxième enfant seulement était une grosse fille de 4.700 gr.,. Tous les autres enfants antérieurs étaient de poids moyen (autour de 3.500 gr.) ,

En 1928, elle accouche à nouveau d'un gros enfant, garçon pesant 4.030 gr.

4°) Obs. XX.—711. IV^e pare. Le troisième enfant seulement est une grosse fille pesant 4.100 gr. En 1928, c'est un garçon pesant 4.150 gr.

5°) Obs.—939. IV^e pare. Le deuxième enfant est une grosse fille de 4.000 gr. En 1928, le quatrième accouché par le procédé du *P^r Delmas*, est un garçon de 4.700 gr.

6°) Obs. XXXIV.—1317. II^e pare. Le premier enfant est une fille de 4.250 gr. En 1928 fille de 4.140 gr.

7°) Obs. XLII.—1550. II^e pare. Le premier enfant est une fille de 4.000 gr. En 1928, c'est un garçon pesant 4.020 gr.

8°) Obs. XLV.—1591. II^e pare. Le premier enfant est une fille de 4.100 gr. En 1928, fille de 4.330 gr.

9°) XLVIII.—1657. III^e pare. Le deuxième enfant est seul gros garçon pesant 4.600 gr. En 1928, c'est un garçon encore pesant 4.220 gr.

10°) Obs. L.—1682. III^e pare. Le deuxième enfant est un gros garçon de 4.000 gr. En 1928, garçon de 4.200 gr.

11°) Obs. LV.—1768. IV^e pare. Le troisième enfant seul est gros, c'est une fille pesant 4.700 gr. La quatrième grossesse en 1928 est un garçon de 4.600 gr.

12°) Obs. LXVIII.—2172. II^e pare. Le premier enfant est un garçon de 4.750 gr. En 1928, garçon aussi de 4.340 gr.

13°) LXXV.—2338. II^e pare. Le premier enfant est une fille de 5.000 gr. en 1914. En 1928, fille aussi pesant 4.070 gr.

Que pouvons-nous conclure de l'examen de ces multiples observations dont on trouvera d'ailleurs tout le détail à la fin de ce travail où nous les avons réunies pour plus de commodité ?

1°) Que les multipares sont souvent mères de plusieurs gros enfants, et cela dans la proportion de 36.66%.

2°) Que cependant le fait pour une multipare d'avoir eu un gros enfant antérieurement n'implique pas forcément que le produit d'une grossesse actuelle ou même à venir sera un gros enfant. De cela nous avons une observation particulièrement démonstrative.

Obs. XI.—450. Où une III^e pare de 36 ans, après avoir accouché à 6 ans de distance de deux gros enfants, le premier un garçon bien portant, de 4.500 gr. le second fille de 4.250 gr. n'a donné le jour à sa troisième grossesse qu'à un enfant du poids très moyen de 3.590 gr., rompant ainsi la lignée de gros enfants qu'elle avait amorcée.

3°) Enfin que malgré tout et cela dans la proportion de 61, 66%, le gros enfant reste même chez la grande multipare un fait isolé au milieu d'enfants de poids moyen ou même inférieur à la normale.

Puisque 2 observations seulement nous montrent des femmes ayant eu 4 gros enfants, sur tous nos cas de multipares, soit 3,33%,

7 ont eu trois gros enfants soit 11,66% seulement;
13 ont eu deux gros enfants soit 21.66%;

et 37 enfin n'ont eu comme gros enfant que celui de la gestation de 1928, soit 63,33 %, représentant une forte majorité des cas qui suffit à justifier notre conclusion du gros enfant, phénomène isolé, au milieu des autres grossesses. Il tient à des facteurs que nous soupçonnons sans savoir exactement quand et comment ces facteurs entrent en jeu à l'occasion d'une grossesse, plutôt qu'à propos d'une autre chez la même femme, alors que cette grossesse s'amorce dans des conditions apparemment identiques à celles des grossesses qui ont pu précéder.

CHAPITRE IV

Influence des Maladies Maternelles

- a) MALADIES AIGUES
 - b) MALADIES CHRONIQUES
 - c) ÉTATS PATHOLOGIQUES SPÉCIAUX A LA GROSSESSE
-

Influence de l'état de santé de la mère.

A première vue, et d'après ce que nous avons conclu de la nécessité de la vigueur du système reproducteur de la mère pour qu'elle puisse mettre au monde de gros enfants, on pourrait croire que cette vigueur reproductrice implique un état de santé parfait comme facteur essentiel de gros enfant. Nous allons voir qu'il n'en est rien, et que, si d'une part les maladies aiguës, telles que les fièvres éruptives, les infections aiguës et en général toutes les maladies survenant au cours de la grossesse sont capables non seulement de la modifier, et créer un état d'hypotrophie fœtale, mais aussi quelquefois d'interrompre cette grossesse;

Au contraire, certains états chroniques, tels que la syphilis ancienne, le diabète, l'obésité sont capables

d'être des facteurs très actifs dans la genèse des gros enfants et plus généralement des « gros œufs ».

LA SYPHILIS.

A tout seigneur..... Malgré l'opinion de *Lauro de Franco*, qui affirme que la syphilis est un facteur de diminution du poids de l'enfant, la Syphilis est, de toutes les maladies chroniques, celle qui a été maintes fois invoquée par les auteurs qui ont apporté leur contribution à l'étude des gros enfants.

Le *Pr Pinard* a dit: « Je me méfie du gros enfant, surtout lorsqu'il s'accompagne d'un gros placenta et d'un excès de liquide », et *Fruhlingholz* : « Les plus beaux fruits ne sont pas toujours les plus savoureux ».

Nous avons été conduits par cette phrase à nous demander:

1° ce que les auteurs qui nous ont précédé sur ce sujet pensent de la question, et quel est le rôle qu'ils attribuent à la syphilis dans la genèse des gros enfants.

2° ce que nous pourrions inférer personnellement des résultats de nos propres observations faites à l'Hôpital Boucicaut.

Moisnard considère que l'hydramnios n'est qu'un élément du développement exagéré de l'œuf en général, développement qui porte aussi bien sur l'enfant que sur le placenta et le liquide amniotique, et il écrit: « Nous avons affaire dans ce cas à un œuf très développé; il nous semble donc naturel de cons-

tater une quantité de liquide supérieure à celle contenue dans l'œuf normal ».

Bobo ne relève la syphilis que dans 4,5% des cas de gros enfants qu'il a eu l'occasion d'observer et ne pense pas qu'elle puisse être invoquée comme facteur de gros enfant.

Par ailleurs cependant, *Dubois* dans sa thèse, rapporte qu'il a plus fréquemment trouvé des enfants morts et macérés parmi les gros enfants que dans la moyenne générale, et il rapporte aussi avoir constaté de nombreux cas d'hydramnios accompagnés ou non de placentas très lourds.

Il existe une règle dans le service de M. le professeur agrégé *Le Lorier* sous l'égide duquel nous avons entrepris ce travail; et grâce à cette règle, nous pouvons affirmer que du point de vue de la recherche de la syphilis, nous sommes particulièrement bien placés pour avoir des résultats de statistiques aussi exacts que possible.

Chaque femme, lorsqu'elle vient consulter à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, non seulement est examinée attentivement du point de vue général de sa grossesse, de son âge et de son évolution, mais elle fait aussi l'objet d'un examen général afin de dépister de suite les différentes manifestations morbides qu'elle peut présenter ; et enfin, elle est soumise à une prise de sang dont la réaction de Bordet-Wassermann est toujours faite au même laboratoire de l'infirmierie de Saint-Lazare; la régularité qui en découle dans

les interprétations rendant les divers résultats strictement comparables entre eux.

Il nous faut ajouter ceci pour être complet: dès que le moindre doute surgit au sujet de la négativité de la réaction de *Bordet-Wasserman*, une nouvelle prise de sang est faite, et au besoin une réactivation. Enfin, si la réaction reste positive, ou douteuse, la femme est traitée dans le service même à une consultation de spécificité, ce qui permet de la suivre pendant toute sa grossesse. Nous avons parmi nos observations de gros enfants, relevé plusieurs cas de cet ordre.

C'est donc, grâce à cette méthode, sur la totalité de nos observations de gros enfants que peuvent porter les recherches sur les rapports de la syphilis maternelle et du gros enfant, à part trois cas où les parturientes ont formellement refusé « la prise de sang », cas qui, tous les trois, se sont montrés par la suite suspects de syphilis.

Nous avons rangé les observations en 4 groupes:

- 1°) La syphilis est sûre.
- 2°) La syphilis est probable.
- 3°) La syphilis est possible.
- 4°) Rien n'autorise vraiment à penser à la syphilis.

1°) Syphilis sûre.

Ce groupe ne doit comporter à notre avis que des femmes ou ayant avoué avoir contracté une syphilis antérieure, ou ayant une réaction de *Bordet-Wassermann* positive dans le sang.

SYPHILIS CLINIQUEMENT CERTAINE

Obs.	Age	Parité	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Anamnèse	B W
XIII	36	5	4100 mort et macéré Phem- phigus	770	Trois fausses couches de 2 à 3 mois 1 fille à terme de 2800 gr.	négatif
XXXIII	33	4	4200	860	1 prématuré à 6 mois, 1 avortement de 3 mois, 1 garçon vivant	+++ Traitée depuis le 7 ^e mois
XXII	21	2	4450	700	1 enfant bien portant en 1925	+++
XLVI	30	3	4050	650	1 fille normale à terme, 1 garçon prématuré de 7 mois pesant 1700 gr. et mort le deuxième jour	+++

C'est le cas des 4 observations relatées au tableau de la page 32.

L'une des génitrices a présenté une réaction de *Bordet-Wasserman* négative, et cependant nous n'avons pas hésité à faire rentrer l'observation dans la catégorie des syphilis certaines à cause de l'accouchement qui donna issue à un enfant mort et macéré et présentant du pemphigus.

2°) Syphilis probable

Là aussi sur nos 79 gros enfants, nous avons relevé 4 observations que nous avons rangé dans cette catégorie pour différentes raisons, qui, de l'avis de la majorité des auteurs, sont une indication de la syphilis latente ancienne (aspect particulier, chair à saucisse du placenta, enfants prématurés, enfants morts-nés sans cause). Nous avons ainsi établi le tableau qui suit où une grosse disproportion entre le poids du fœtus et celui du placenta s'ajoutant aux autres symptômes de syphilis que nous venons d'énumérer, vient signer une syphilis niée par la réaction de *Bordet-Wasserman*.

Qu'il nous soit permis à ce propos de faire une remarque :

Zailer, dans sa thèse de Bâle, et d'accord en cela avec *Markovitch*, passe sous silence la syphilis dans ses rapports avec les gros enfants. Après un rappel du poids normal du placenta chez l'enfant moyen, il se borne à conclure simplement: « Chez les gros enfants,

SYPHILIS PROBABLE

Obs.	Age	Parité	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Anamnèse	B W
XL	28	5	4450	950	4 enfants à terme de poids inconnus, nés viables Placenta actuel énorme chair à saucisse	—
XLIII	23	4	5040	900	1 fille 4540 gr., 1 fille morte née à terme de 2000 gr., 1 garçon 5540 gr.	—
L	23	3	4200	960	1 prématuré de 8 mois pesant 1800 gr. 1 garçon de 4.000 gr.	pas fait
LIV	35	7	4790	1100	6 enfants à terme — Placenta actuel énorme, chair à saucisse	—

le placenta pèse en moyenne 250 gr. de plus que chez les enfants de poids moyen ».

A cette conclusion, nous opposerons simplement cette phrase de M. *Lévy-Solal* que nous citons textuellement: « Avant de conclure que l'hypertrophie placentaire n'est pas d'origine syphilitique en se fondant sur la négativité de la séro-réaction, il faudrait prouver l'absence de syphilis du procréateur ou des grands parents. ».....

.....« Dans 54,8% des cas d'hypertrophie placentaire, l'enquête a permis de dépister la syphilis, dans 17,5% des cas, l'état pathologique de l'œuf indépendamment de l'hypertrophie placentaire a permis de la soupçonner; enfin dans 27,4% des cas, rien ne nous autorise à l'affirmer ».

Dans ces conditions, pourquoi, comme l'exprime implicitement *Zailer*, le rapport du poids du placenta au fœtus qui lui apparaît en moyenne comme beaucoup plus fort que chez les enfants moyens, ne doit-il pas être expliqué par le fait qu'on trouve plus fréquemment la syphilis chez la mère du gros enfant que chez la mère de l'enfant de poids moyen ?

A cela, il ne nous paraît y avoir aucune objection clinique possible.

Ce sont toutes ces considérations qui nous ont amenés à considérer dans les observations que nous avons recueillies, comme devant être soupçonnées de syphilis, les mères ayant accouché d'enfants dont le rapport du poids au poids du placenta est nettement plus fort que 1/6, chiffre ordinairement admis.

Nous avons ainsi établi une liste de 16 cas où rien d'autre qu'un placenta beaucoup trop gros ne nous autorisait à penser à la syphilis, mais où cette raison nous a paru suffisante.

A noter que sur ces 16 cas, 5 sont le fait de femmes ayant déjà eu auparavant un ou des enfants pesant plus de 4.000 gr.

L'étude du quatrième groupe d'observations envisagé sera purement négative et nous nous bornerons à dire que nous avons trouvé sur 79 cas de gros enfants, 55 accouchements où rien ne nous a permis de penser qu'il pouvait s'agir de syphilis latente.

De tout ce que vient de nous apprendre la revue de nos observations, qu'allons-nous maintenant conclure au sujet de la syphilis?

Une conclusion négative partielle s'impose.

Sur nos 79 observations, 55 sont exemptes de syphilis, et nous devons ranger ces 55 gros enfants dans une catégorie spéciale. Soit qu'une autre maladie chronique puisse être mise en cause comme facteur de gros enfants, soit qu'il s'agisse d'un gros enfant que nous pouvons qualifier de physiologique, parce que sa taille et son poids peuvent être le résultat, suivant la loi de la sélection et de l'accentuation des caractères, de parents à très forte corpulence et spécialement de mère multipare. Dans 24 cas, soit dans 30% des cas, contre 18%, chiffre donné par *Desbruères*, 20% par *Bobo*, la syphilis a pu ou être affirmée, ou être probable, ou être soupçonnée. Nous en concluons donc que, malgré tout, la syphilis se retrouve

CAS OÙ LA SYPHILIS PEUT ÊTRE SOUPÇONNÉE

Obs.	Age	Parité	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Anamnèse et observations	B W
LVI	1818	4	4420	960	1 fille, 2 garçons nés à terme viable, gros placenta	—
LIX	1951	2	4250	810	1 garçon bien portant, dernier accouchement, gros placenta	pas fait
LX	1974	2	4090	780	1 fille née à terme viable actuellement gros placenta	—
LXI	2023	1	4230	840	Primipare — gros placenta	—
LXII	2042	1	4160	740	Primipare — gros placenta	—
LXVI	2155	2	4100	850	1 garçon né à terme viable actuellement gros placenta	—
LXVIII	2172	2	4340	830	1 garçon 4750 gr. à terme viable	—
LXXII	2273	1	4110	750	Primipare — gros placenta	—
LXXIX	2340	1	4350	780	Primipare — gros placenta	pas fait

CAS OU LA SYPHILIS DOIT ÊTRE SOUPÇONNÉE

Obs.		Age	Parité	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Anamnèse et observations	B W
XV	592	32	3	4020 gr.	900 gr.	1915, garçon 6 kg. — 1917, enfant mort-né de 6150 gr. — Accet actuell. provoqué. — Gros placenta	—
XX	711	25	4	4150 gr.	710 gr.	2 garçons de 3.500 gr. — 1 fille de 4100 gr. Actuellement gros placenta	—
XXIV	833	32	5	4330 gr.	790 gr.	1 garçon 3500 gr. — 1 avortement 1 mois 1/2, dernier accouchement gros placenta	—
XXXI	1236	29	3	4130 gr.	830 gr.	1 garçon 3500 gr. — 1 fille 4000 gr. 1 garçon 4250 gr. — 1 fille 3500 gr.	—
XXXIV	1317	30	2	4140 gr.	900 gr.	1 fille 4250 gr. — Gros placenta	—
XLI	1544	31	2	4320 gr.	790 gr.	1923, enfant 3200 gr., hémorragie de la délivrance. — Gros placenta	—
LI	1686	34	1	4010 gr.	780 gr.	Primipare. — Gros placenta	—

beaucoup plus fréquemment que chez les enfants de poids moyen, et que, en conséquence, la phrase du *Pr Pinard* reste applicable: « Je me "méfie" des gros enfants ». C'est une juste méfiance, en effet, qui doit nous faire, en présence d'un gros enfant, rechercher les signes d'une syphilis souvent lointaine, car l'enfant syphilitique floride peut cacher des malformations profondes, qui en feront, dans les mois ou les années qui suivront, quelquefois un être inapte à la vie, quelquefois et plus souvent un être taré plus ou moins à la charge de la société; Alors qu'une thérapeutique intensive et extrêmement précocé aurait pu dès la naissance l'améliorer et souvent le faire devenir réellement ce qu'il était déjà en apparence, un bel enfant, bien portant, bien constitué.

INFLUENCE DU DIABÈTE.

Parmi les autres maladies qui peuvent être invoquées, comme facteurs de gros enfants, plusieurs auteurs ont incriminé le diabète.

Nous n'avons pu, sur les 79 cas de gros enfants étudiés ici, relever un seul cas de mère diabétique. Nous mentionnerons donc seulement les opinions des auteurs qui ont pu observer des cas de diabète chez la mère du gros enfant.

Nous citerons la communication de *Fruhlingholz*, à la Société de Médecine de Nancy en 1913.

Le diabète fait de gros œufs où l'hydramnios est fréquent et le volume foetal souvent excessif ... ce sont

de petits colosses aux pieds d'argile comme le sont toute une catégorie d'heredo syphilitiques, ceux dont *Fournier* dit qu'ils sont inaptes à la vie ». Pour tous les auteurs, le diabète et la grossesse, n'échangent que de mauvais procédés et on peut résumer ce qui a été dit sur ce sujet par *Raygnier*, (1891) *Chapuet*, *Demelin*, *Fouquiau*, et bien d'autres encore, lorsqu'on aura dit que le diabète :

1° fait engraisser le fœtus et en fait un très gros enfant (Observ. de 6750 gr.) *Raygnier*.

2° fait en général mourir le fœtus in utero, aux environs immédiats du terme.

Il faudra donc, d'après *Demelin* se méfier des diabétiques présentant au cours de leur grossesse une hauteur utérine disproportionnée avec l'âge de la grossesse, car elle signifie le plus souvent gros fœtus, et implique toutes les difficultés et tous les accidents dont la littérature médicale est riche dans les cas semblables, tant du côté de la mère (aggravation du diabète) que du côté de l'enfant dont la mort est probable.

OBÉSITÉ

Suivant *Bobo*, c'est par les mâles que se continuent les caractères distinctifs des espèces, et il aurait été intéressant d'avoir des renseignements sur l'état de corpulence du père ; malheureusement, étant donné le genre d'observations (Maternité d'Hôpital) auquel nous nous sommes adressés, nous n'avons pu réunir aucun renseignement valable à ce sujet.

Il est logique et évident qu'une mère, qu'un père à tendance obèse ont plus de chance de procréer un gros enfant, gras que n'en ont des procréateurs maigres. Nous rentrons alors, à part certaines observations telles que nous n'en avons pas parmi les nôtres, dans le cas de l'enfant physiologiquement gros, dont nous avons dit un mot à propos de nos conclusions sur l'influence de la syphilis sur la genèse du gros enfant. Ce cas est loin d'être rare puisque dans 55 cas de gros enfants sur 79 observations, nous n'avons trouvé aucune cause morbide du poids exagéré présenté par le nouveau-né.

VARICES

Bien qu'à notre avis le sujet ne nous paraisse pas nécessiter un développement abondant, en passant en revue les causes de différences de poids de l'enfant à la naissance, nous ne saurions passer sous silence l'influence des varices.

Lauro de Franco en 1874, affirmait que l'existence de varices chez la mère était une cause de diminution du poids de l'enfant et qu'il l'avait constatée maintes fois au cours de son étude sur le poids moyen des enfants à la naissance.

Tout ce qu'on peut dire à notre avis sur ce sujet, c'est que les varices que *Lauro de Franco* invoquait comme traduisant une gêne à la circulation et concurrentement à la nutrition fœtale, ne semblent avoir qu'une influence sinon nulle, du moins minime sur le

poids de l'enfant puisque nous avons relevé 8 observations de femmes se plaignant de grosses varices parmi les mères de gros enfants sur nos 79 cas.

Ce sont les observations (XXIX — 1005) (XXXII — 1252), (XLI — 1544), (XLVI — 1619), (XLVII — 1649), (L — 1682), (LXXI — 2238), (LXXV — 2338).

La question ne nous semble donc plus à envisager que du point de vue suivant. Le gros enfant, étant de plus, la plupart du temps, un gros œuf est, par la réplétion exagérée de la cavité abdominale, une gêne à la circulation veineuse qui peut se traduire par des varices.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle au cours de la grossesse a été relevée deux fois sur nos 79 cas. — Elle ne semble jouer aucun rôle ni pour, ni contre le gros enfant.

Ce sont les observations :

LV — 1768, où la tension artérielle prise les 6 derniers mois, mais très régulièrement a oscillé à l'appareil de Vaquez-Laubry, autour de 14 pour le maximum et autour de 8 pour le minimum. Les suites de couches ainsi que tous les actes obstétricaux se sont passé malgré tout, aussi normalement que la grossesse qui n'en a nullement été influencée.

LXXVI — 2315. — Pendant les trois derniers mois l'appareil Vaquez a donné 15-7 de tension. Cepen-

dant on n'a constaté aucune anomalie ni aucun accident dans la grossesse, l'accouchement et ses suites.

Terminons ce chapitre en disant que, aucune hypertension durable n'a pu nous échapper, puisque la règle est de ne jamais laisser dans le service de M. le *Professeur Le Lorier*, une femme venir en consultation sans lui prendre systématiquement sa tension artérielle et de considérer comme anormale et de mettre au régime, toute femme ayant une tension atteignant 13 pour la maxima à l'appareil Vaquez-Laubry.

PYÉLONÉPHRITE

Parmi les nombreuses maladies qu'on peut constater au cours de la grossesse, la pyélonéphrite est certes une des plus fréquentes. Il ne nous a cependant été donné de n'en rencontrer qu'une seule parmi toutes nos observations.

Franchement caractérisée, il s'agit de l'observation LXVIII—2172 qui a été traitée par le vaccin antio-bacillaire (colitique *Astier*) du *Dr Fisch*, chef de laboratoire de M. le *Professeur Le Lorier* ; et dont l'accouchement ainsi que la fin de la grossesse et les suites de couches, ont été tout à fait normales. Le gros enfant pesant 4340 gr.

HÉMATURIES

D'observation générale plus rare, cette manifestation morbide s'est rencontrée une fois aussi dans nos observations.

Obs. LIV — 1766. — Femme ayant fait pendant toute la durée de sa grossesse des hématuries qui cessent graduellement puis définitivement après l'accouchement et ayant présenté auparavant des coliques hépatiques et de l'ictère.

Là non plus, la nutrition fœtale n'a pas été influencée par le passé hépatique et par les hématuries de la grossesse de cette femme, puisqu'elle a accouché d'un garçon pesant 4790 gr. Notons que l'observation se complique de ce fait d'un très gros placenta de 1100 gr., ce qui nous l'a fait ranger dans les cas de syphilis possible. Notons aussi que l'état morbide chronique de la mère (lithiase hépatique) n'a pas empêché l'enfant d'être d'un poids exagéré.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

Les gros enfants sont-ils, plus que les autres, sujets aux malformations congénitales ?

La réponse est ardue.

En ce sens que la syphilis est, de toutes les causes, celle qui semble avoir à son actif le plus de méfaits de ce genre et les gros enfants étant plus souvent que les autres, ainsi que nous l'avons vu, issus de parents syphilitiques, on pourrait conclure qu'on doit trouver plus de malformations en moyenne que pour les enfants de poids normal.

Par ailleurs, ils peuvent, aussi bien que les enfants de poids moyen ou même inférieur à la moyenne, souffrir d'une bride amniotique ou de toute autre cause de malformation.

Quoi qu'il en soit, nous avons rencontré dans toutes nos observations un seul cas de malformation congénitale, il s'agit de Obs. XLVIII—1467, enfant ayant présenté une main bote avec syndactylie ; malformation légère et ne mettant pas les jours de l'enfant en danger.

Nous ne pouvons que répéter en concluant que cependant, à cause de la plus grande fréquence de la syphilis chez les gros enfants, il nous semblent plus que les autres, dans une proportion qu'il nous est difficile de définir, sujets aux malformations congénitales plus ou moins graves et plus ou moins apparentes, certaines de ces malformations pouvant ne se révéler qu'assez tardivement dans les mois qui suivent.

Enfin que dirons-nous comme conclusion générale de ce long chapitre de l'influence des maladies maternelles sur le gros fœtus.

Il semble en découler que le diabète, l'obésité et surtout et avant tout la syphilis sont à mettre en ligne et peuvent influencer la genèse des gros enfants et ce, dans une proportion non négligeable puisque dans 30 % des cas considérés nous avons pu ou affirmer ou suspecter sa présence et son action.

Mais par ailleurs nous avons observé d'autres maladies aiguës ou chroniques (hématuries, hypertension pyélonéphrite) chez les mères de gros enfants — et dans les cas que nous avons rapportés aucun des produits de conception n'a paru souffrir ou avoir son poids modifié du fait de la morbidité maternelle.

CHAPITRE V

La Gestation

a) DURÉE. — b) ACCIDENTS

Les Présentations

L'Accouchement

a) LE TRAVAIL. — b) L'EXPULSION

LA GESTATION

Durée

Dès 1876, Schmidt concluait :

« 1° Les grossesses prolongées n'existent pas ».

« 2° Les observations rapportées comme telles ne relatent que des faits dans lesquelles il y a eu des erreurs dans la date de la conception et où l'accouchement lorsqu'il a eu lieu au-delà du terme normal, a été retardé par une cause de dystocie variable résidant soit dans le bassin soit dans l'excès de volume du fœtus ».

« 3° L'excès de développement du fœtus que l'on observe parfois au terme de la grossesse ainsi que le prouvent les faits que nous avons rapportés ne peut

donc naturellement être attribué à la prolongation de la gestation il est la cause et non l'effet ».

Inspiré par le *Pr Pinard* et rapporté par *Desbruères*, *Sellet* conclut :

« Dans l'état actuel de nos connaissances, la durée de la gestation est impossible à déterminer les points de repère habituellement choisis pour en juger, c'est-à-dire la dernière apparition des règles ou mieux la connaissance de la date du coït fécondant n'ayant aucun rapport absolu avec le début réel de la gestation ».

M. le Profess. *Couvelaire* dans une de ses cliniques disait cette phrase rapportée par son élève *Desbruères* :

« Si l'on prend comme point de repère la date des dernières règles, la seule chose qu'on puisse dire, c'est que chez une femme bien réglée, la gestation se termine 9 à 10 mois après les dernières règles ».

Zailer, contrairement à tous ces auteurs et à bien d'autres dont nous avons déjà cité les travaux tels que *Ecbo*, *Alphand*, *Delmas F.* et *P.* conclut dans sa thèse de 1922 :

« Les enfants de grand poids sont rares et dépendent de gestations spécialement longues ».

Devons-nous nous rallier à cette opinion ou comme la majorité des auteurs penser que le gros enfant est plus une cause qu'un effet de la grossesse prolongée ?

Qui de nous ne sait combien est difficile l'interrogation d'une femme à qui l'on demande depuis com-

bien de temps elle se croit enceinte, de quand datent ses dernières règles.

Cela ne suffit-il pas à prouver qu'on ne sait, en effet, pas la durée exacte de la gestation.

Comme dès lors affirmer comme *Zailer* le fait dans une autre de ses conclusions :

« La moyenne de la durée de la grossesse est de 287 jours (?) pour ce genre d'enfants (de 4.000 à 5.000 gr.) ».

Et comment arriver à défendre ce chiffre devant l'impossibilité où nous sommes de savoir quand commence la gestation.

Zailer a d'ailleurs tellement senti la faiblesse de cette statistique sur la durée de la grossesse qu'il écrit aussitôt après : ce qui peut passer pour un correctif à son affirmation précédente « Entre le poids de l'enfant et la durée de la grossesse, il n'y a d'ailleurs pas de rapport stable ».

C'est en nous appuyant sur tous ces travaux et en voulant nous tenir dans le domaine des résultats fondés sur des calculs précis que nous posons comme principe :

« On ne peut dire qu'un gros enfant naîtra d'une grossesse prolongée lorsqu'on n'est pas capable de dire à partir de quel moment une grossesse est nettement prolongée ».

Nous avons dit dans un précédent chapitre que les gains fœtaux sont beaucoup plus grands dans les derniers mois de la grossesse, mais de là à dire que le poids au-dessus de la moyenne soit une continuation

de ces gains au-delà du terme normal, il y a impossibilité à extrapoler l'expérience que nous possédons.

Aucun des cas, en tenant compte de toutes les difficultés que comportent de pareils repères ne semble dans toutes nos observations mériter la qualification de grossesse prolongée et cependant il s'agit toujours de gros enfants, et nous y relevons trois cas de bassin viciés qui selon Schmidt seraient un des facteurs les plus constants sinon le seul facteur de grossesse prolongée.

Signalons enfin que *Desbruères* ayant relevé la statistique de 409 gestations dites retardées publiées par *Sellet* y trouve 74 enfants dont le poids est inférieur à 3.000 gr. et 54 de plus de 4.000 gr. seulement ce qui montre tout le paradoxe qu'il y a à soutenir que le gros enfant est le fruit d'une gestation prolongée dont il est la cause plutôt que l'effet.

LES PRÉSENTATIONS

A la fin de cette gestation que rien n'a autorisé à différencier des gestations d'enfants de poids normal, comment va se présenter le gros fœtus ?

La logique va nous répondre :

« Lorsque Pajot formula sa fameuse loi sur l'accommodation du fœtus « in utéro » il remarqua qu'il fallait pour que l'accommodation se fit, qu'il y ait relation entre le volume du fœtus et celui de l'utérus.

C'est ainsi qu'en cas de petit fœtus et d'excès de liquide on constate un nombre bien plus grand de présentation dystociques.

C'est logiquement (et pratiquement nous allons le constater) le contraire qui doit se produire dans les cas de gros fœtus.

En effet par suite de son volume exagéré, le fœtus, distendant les parois utérines va utiliser au maximum la forme de cet organe et aura plus de chance par là même de s'accomoder normalement.

C'est déjà ce qu'avait remarqué *Desbruères* qui trouvait dans ses observations de gros enfants « 98 % de présentations eutociques du sommet, chiffres nettement supérieurs à la moyenne de 95 % établie par *Fabre* pour tous les accouchements ».

Sur nos 79 cas nous avons relevé en effet une seule présentation du siège et toutes les autres présentations se sont faites en occipito iliaque dans le diamètre gauche, soit en gauche antérieure (48 cas), soit en droite postérieure (30 cas).

Nous sommes en droit de conclure que les présentations chez les gros enfants se font d'une manière plus eutocique que chez les enfants de poids moyen ou au-dessous de la normale et bien que nous n'en ayons relevé aucun cas, il nous semble être en droit de dire que lorsqu'un gros enfant est en présentation dystocique, c'est que, gros enfant par son poids (4.000 gr.) il est en réalité : 1° encore trop petit pour l'utérus dans lequel il est contenu, et se comporte comme une bille dans un grelot.

2° ou bien contenu dans un utérus trop mou pour que celui-ci par ses contractions le force à se présenter suivant les lois de Pajot en utilisant la grosse extrémité de l'utérus pour y loger son siège.

3° ou bien encore, dans un excès de liquide tel que l'utérus, bien que tonique, ne peut arriver à se mouler sur le fœtus — et à entrer en contact au travers du liquide avec les plans résistants du fœtus, que ses contractions guideraient dans le sens de l'accommodation prévu par Pajot.

A propos de la présentation du gros enfant, une autre remarque s'impose et qui découle de ce que nous avons observé à la Maternité Boucicaut.

Le gros enfant, semble plus que les enfants de poids moyen, s'accomoder et se présenter indifféremment en position droite ou en position gauche dans la présentation du sommet.

Nous avons en effet relevé les chiffres suivants : 1551 accouchements pendant l'année 1928 se sont présentés en position gauche, alors qu'on a relevé seulement 652 positions droites en présentation du sommet. Ce qui nous donne une moyenne de plus de deux présentations gauches pour une droite, exactement 70% de présentations gauches et 30% de présentations droites.

Si nous comparons ces chiffres avec ceux que nous ont fourni les observations de gros enfants nous constatons immédiatement que les résultats sont différents ; en effet sur 78 présentations du sommet : 48 sont en position gauche et 30 en position droite, ce qui

nous donne un pourcentage de 61 % de positions gauches au lieu de 70 % dans tous les accouchements pris sans distinction de poids des enfants.

Toujours en ce qui concerne la présentation du sommet chez les gros enfants nous remarquerons aussi que sur les 78 présentations du sommet, aucune ne s'est faite en diamètre droit. Toutes sont des présentations dans le diamètre gauche ce en quoi nous sommes tout à fait d'accord avec *Desbruères* qui sur ses 543 présentations du sommet n'a relevé que 2 présentations dans le diamètre droit une en O I D A, une en O I G P .

La seule présentation qui ne fut pas en sommet dans les observations que nous avons recueillies est la suivante :

Obs. L — 1682, il s'agit d'un « gros œuf » avec gros placenta, excès de liquide constaté pendant la grossesse. Il s'agit de plus d'une III^e pare ayant déjà eu un gros enfant en 1925, gros garçon pesant 4.000 gr. et dont l'utérus a pu garder une certaine mollesse qui n'a pas forcé l'accommodation du fœtus à se faire.

Cette observation vient nous confirmer encore ce que nous avons déjà entrevu. Toutes choses égales d'ailleurs, l'utérus ayant sa tonicité normale l'œuf ne contenant pas un excès de liquide, le gros enfant a plus de chance de s'accomoder en présentation eutocique que l'enfant de poids moyen, par suite de son contact plus étroit avec les parois utérines.

Le gros enfant est donc plus une cause d'eutocie que de dystocie dans la présentation.

L'accouchement

Aussi bien présenté qu'il soit, le gros enfant par son volume même ne va-t-il pas être une cause de dystocie au moment de son passage dans la filière génitale ?

N'est-ce pas une réflexion qu'on entend faire couramment dans les services de Maternité au début du travail « c'est un gros enfant, cela ne va peut-être pas être un travail très facile ! »

Moissard affirme dans sa thèse sans préciser ; que la durée du travail est manifestement influencée par le volume de l'enfant.

Varnier dans la « Pratique des Accouchements », donne comme chiffre normal de la durée du travail chez les primipares 13 h. 30 et chez les multipares 7 h. 30. — *Dubrizay* et *Jeannin* dans le « Précis d'obstétrique » écrivent que la durée du travail est plus influencée par l'état de dureté ou de mollesse de la présentation que par son volume réel — une tête par exemple permet le travail plus rapide, lorsqu'elle n'est ni trop dure, trop ossifiée pour avoir des difficultés à s'engager dans la filière, ni trop molle pour pouvoir appuyer utilement sur toutes les parties molles et être un bon facteur de dilatation et de distension de ces parties molles.

Citons les chiffres fournis par *Desbruères*, qui a trouvé une moyenne de 17 heures pour les primipares et 11 h. 13 pour les multipares, et ses résultats extrêmes — Chez deux multipares il a en effet relevé des durées de travail de 63 et 76 heures sans dystocie pelvienne.

Pour nous, l'examen des observations nous a amené aux résultats suivants :

Nous avons trouvé :

Durée moyenne du travail :

Primipares 21 heures.

Multipares 8 heures 30.

Si nous comparons ces chiffres à ceux fournis par *Varnier* pour la moyenne dans tous les accouchements nous sommes obligés de conclure que le gros enfant prolonge dans la majorité des cas la durée du travail aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

Si d'autre part nous les comparons avec des chiffres donnés pour d'autres travaux sur les gros enfants nous constatons qu'ils sont un peu plus forts pour les primipares et plus faibles pour les multipares pour lesquelles nous trouvons seulement 8 h. 30 contre 11 h. 30 donné par *Desbruères*.

Que si par ailleurs on nous demande de préciser les raisons qui, à notre avis, justifient ou expliquent un allongement du travail dans le cas du gros enfant, nous dirons volontiers, que, d'abord il est difficile de

faire une hypothèse unique mais que le facteur qui nous semble jouer le plus grand rôle dans l'allongement du travail est l'état de surdistention utérine que limite la force de ces contractions, plus à notre avis que le fait de la difficulté de passage dans la filière pelvienne.

En effet, si après avoir étudié la durée du travail, nous nous demandons comment va se terminer ce travail ; nous sommes d'abord amenés à rechercher si la durée de l'expulsion se trouve augmentée.

Autrement dit, la dilatation étant complète, le gros enfant aura-t-il plus ou moins, ou autant de difficulté que l'enfant de poids normal, à progresser dans la filière pelvienne et à être expulsé des organes maternels ?

La durée du travail jusqu'à dilatation complète est-elle la même pour tous les enfants et l'allongement pour le gros enfant porte-t-il sur la durée de l'expulsion ?

Nous avons fait la moyenne de la durée d'expulsion pour les primipares et pour les multipares et nous avons trouvé les chiffres suivants :

Primipares	0 h. 48
Multipares	0 h. 23

Nous avons voulu rapprocher ces résultats obtenus avec toute la rigueur désirable de ceux donnés par *Varnier* dans sa « pratique des accouchements » et nous nous sommes aperçus avec étonnement que

ceux-ci étaient supérieurs, alors qu'il aurait dû logiquement en être tout autrement, *Varnier* donne en effet :

Primipares 1 h. 15

Multipares 0 h. 35

La durée de l'expulsion ne semble donc pas être allongée bien au contraire. Disons cependant que sur nos 20 primipares les expulsions ont duré de 30 à 40 minutes.

1 a duré 1 heure.

1 a duré 1 heure 20.

et 1 seule a duré 2 heures.

Chez les multipares que nous avons observés au nombre de 52, la durée d'expulsion pour quelques-unes d'entre elles nous étant inconnue ; nous avons trouvé la majorité des expulsions durant de 5 à 15 minutes.

10 ont duré de 20' à 30'

6 ont duré de 30' à 50'

Les autres se répartissent comme suit :

1. XII V^e pare de 39 ans, enfant de 4.300 gr. expulsion de 60'

2. Obs. XXV—848 III^e pare de 22 ans, garçon de 4.480 gr. expulsion de 2 heures.

3. Obs. XXVI—869 III^e pare de 26 ans, garçon de 4.200 gr., expulsion de 1 heure.

4. Obs. XXIX—1005. II^e pare de 32 ans, fille de 4760 gr., expulsion de 2 heures.

5. Obs. XXXIV—1317. II^e pare de 30 ans, fille de 4140 gr., expulsion de 1 heure.

On voit par là que la durée exagérée de l'expulsion est chez les multipares, le fait des femmes qui en sont à leur 2^e ou 3^e grossesse — à l'exception d'une V^e pare chez qui on peut sans crainte de se tromper invoquer une grande fatigue utérine et une diminution de la force d'expulsion de contractions.

Senellart concluait que la durée du travail pour l'accouchement des gros enfants est le fait surtout de l'augmentation de la période de dilatation.

Nous serons plus affirmatifs et nous ne craignons pas de dire que le travail prolongé dans l'accouchement des enfants de plus de 4.000 gr. n'intéresse nullement la durée de la période d'expulsion qui reste la même que dans les cas d'accouchement d'enfants moins gros ; toutes choses égales d'ailleurs et étant bien entendu que la femme est normale et ne présente aucune lésion des parties osseuses ou des parties molles tendant à créer un obstacle passager à la descente du premier pôle fœtal.

Nous ajouterions même volontiers que nous croyons avec *Desbruères*, que le gros fœtus, entrant en contact plus intime avec les tissus de la filière pelvienne, la remplit mieux et que son expulsion en est, jusqu'à un certain point, hâtée et favorisée.

De même que son volume général le mettant en contact plus intime avec les parois utérines, ainsi que nous l'avons vu précédemment, favorise nettement l'accommodation.

CHAPITRE VI

Interventions Obstétricales

- a) GRANDES INTERVENTIONS
 - b) PETITES INTERVENTIONS
 - c) BASSINS VICIÉS
-

L'accouchement du gros enfant va-t-il se terminer spontanément ?

Nous n'irons pas jusqu'à citer comme *Desbruères* des cas de femmes à gros enfants ayant accouché tellement rapidement qu'on n'avait pu même les assister tant l'expulsion avait été rapide. Nous n'en possédons pas de semblables.

En dehors de ces accouchements accélérés et qu'on ne saurait assimiler à la moyenne des cas, le gros enfant n'est nullement par son volume plus prédisposé à créer une dystocie. C'est tout au moins ce qui semble résulter de l'étude que nous venons de faire de la durée du travail et de la durée de l'expulsion.

Nous rangerons donc dans les cas d'accouchement spontanés tous ceux où il n'a point été nécessaire d'avoir recours à un acte opératoire quelconque. Nous relevons ainsi 75 cas sur les 79 étudiés ce qui nous donne un pourcentage de 93 % chiffre nettement

au-dessus de la moyenne des résultats donnés par différents auteurs :

<i>Winckel</i> trouve	87,27 %
<i>Zailer</i> trouve	85,80 %
<i>Desbruères</i> trouve	87,1 %
<i>Mat. Boucicaut</i> trouve	93, %

Il nous faut donc convenir que le gros fœtus a autant de chance d'accoucher spontanément que l'enfant de poids moyen.

Interventions obstétricales

Nous lisons dans les conclusions de la thèse de *Zailer* :

Il n'y a pas plus en moyenne d'interventions obstétricales pour les gros enfants que pour les enfants de poids moyen.

Nous trouvons par ailleurs au cours de son travail, les chiffres suivants : dans le premier groupe de poids, il relève 13,29 %.

Dans le 2^e groupe 14,86 %.

Dans le 3^e groupe 21,82 %.

Dans le 4^e groupe seulement 10,82 % d'interventions.

Il est vrai de dire qu'il comprend toutes les interventions y compris les épisiotomies, incisions du col, les délivrances artificielles.

Nous n'avons pas pour notre part envisagé tous ces

cas dans le présent chapitre, n'ayant en vue que les interventions importantes s'adressant à l'extraction de l'enfant.

Forceps, césarienne, travail accéléré, procédé *Delmas*, pubiotomie.

Desbruères indique le chiffre de 9,5 % d'interventions pour l'extraction du gros enfant.

Varnier dans sa statistique générale basée sur 6258 accouchements rapporte le chiffre de 2,3 % d'interventions.

Passons maintenant à l'examen de nos propres observations et voyons ce que nous pouvons en déduire.

Quand l'accoucheur a dû intervenir dans les quatre cas de dystocie que nous possédons qu'a-t-il fait ? Pourquoi l'a-t-il fait ? Qu'est-il advenu de la mère et de l'enfant ?

Voyons tout d'abord les observations que nous pouvons avoir recueillies dans ce sens.

Nous trouvons :

1° Obs. XXVIII — 939. Femme de 29 ans ayant eu 3 grossesses antérieures. Elle a accouché antérieurement : en 1922 d'un garçon de 3250 gr. En 1925 d'une fille de 4.000 gr. En 1926, elle a eu un avortement de 2 mois $\frac{1}{2}$ qui a nécessité un curetage et dont les suites de couches ont été fébriles. En 1927, elle a subi une ligamento-pexie, au cours de laquelle on a extrait un ovaire kystique.

Pendant toute la grossesse cette femme ayant accusé de fortes douleurs on accélère le travail par le

procédé *Delmas* avec anesthésie rachidienne — L'enfant extrait est un garçon de 4.700 gr.

2° XXXIII. — 1296. Femme de 20 ans, l'expulsion dure déjà depuis 2 heures chez cette primipare. A ce moment on est obligé d'intervenir pour modifications des bruits du cœur fœtal, on fait une application du forceps en OIGA et on extrait une fille de 4.000 gr.

Bien que d'apparence normale, cette enfant, née étonnée et facilement ranimée, meurt le lendemain sans cause apparente et malheureusement nous ne possédons pas les résultats de l'autopsie.

3° XXXIX — 1475. — Primipare à laquelle Monsieur le *Professeur agrégé Le Lorier* fait une pubiotomie ; le diamètre promonto sous pubien ne mesurant que 10 cm. 7. On termine la pubiotomie par l'extraction aux forceps appliqués au détroit supérieur, d'une fille étonnée de 4.200 gr. facilement ranimée. Les suites de couches ont été fébriles. Le 19^e jour, la mère part en bon état ne boitant pas.

4° LXI — 2023. — Primipare chez laquelle l'expulsion ne se fait pas — on pratique des incisions du col et 3 prises de forceps dont la 3^e extrait l'enfant en occipito sacrée. Déchirure complète du périnée, fille de 4230 gr.

Nous n'avons ici relaté que les faits les plus saillants de ces observations et nous renvoyons pour plus de détails aux observations complètes groupées plus loin.

Nous pouvons, d'ores et déjà tirer la conclusion suivante :

Sur 79 cas, 4 fois l'accoucheur a dû intervenir, ce qui nous donne une proportion de 5 %. — Ce chiffre est évidemment plus faible que celui donné par différents auteurs et qui ressortit à :

9,5 % pour *Desbruères*.

14,20 % pour *Zailer*.

20 % pour *Winckel*.

Nous pouvons aussi faire la réflexion suivante que la première intervention (accouchement par le procédé *Delmas*) justifiée par les très fortes douleurs de la parturiente ne saurait à vrai dire rentrer dans le cas de dystocie. Il est logique de penser que ces douleurs sont plutôt le fait de la ligamentopexie effectuée un an auparavant.

En effet, la littérature médicale est riche de cas ou dans la grossesse qui suit immédiatement une opération de ce genre, la patiente ressent de fortes douleurs qui ne ressortissent en rien au plus ou moins grand poids du fœtus. Ces douleurs commençant en général (et d'ailleurs il en est ainsi dans le cas particulier) à se faire sentir dès les premiers mois de la grossesse alors que la surdistension utérine ne saurait vraiment être invoquée.

Les 3 autres cas d'interventions chirurgicales sont le fait de primipares montrant ainsi que le gros enfant s'il est souvent normal, et comme tel supporté

par une multipare est plus souvent anormal puisque cause plus fréquente de dystocie chez la primipare.

Et cependant à part le troisième cas chez lequel il y a eu véritablement dystocie pelvienne puisque nécessité d'une pubiotomie, peut-on parler vraiment de dystocie dans le deuxième et quatrième cas, alors qu'il s'agit simplement d'une expulsion prolongée au-delà des limites normales imposant au fœtus une fatigue exagérée qu'on est obligé de faire cesser le plus tôt possible pour préserver sa vie.

C'est en effet pour modifications des bruits du cœur que dans ces 2 cas on a dû avoir recours aux forceps.

Dans ce cas d'expulsion prolongée au-delà du temps normal, que doit-on incriminer lorsque les dimensions du bassin sont normales ? Sinon, l'état de fatigue extrême de l'utérus surdistendu, qui n'arrive plus à se contracter utilement pour faire progresser la présentation. Il ne s'agit pas vraiment d'une dystocie.

Parmi ces 4 cas d'intervention le 4^e a nécessité des incisions du col la dilatation complète ne se faisant pas — C'est donc une seule fois sur 79 cas que nous avons constaté une dystocie des parties molles. — Cet accouchement s'est d'ailleurs terminé par une déchirure complète du périnée au passage de la circonférence occipito-frontale.

Dans tous les cas d'intervention envisagés les enfants lorsque nés étonnés ont été facilement ranimés et n'avaient par conséquent pas énormément souffert.

Cependant l'enfant de notre 2^e observation est mort le lendemain sans cause connue et malheureusement nous avons pas le résultat de l'autopsie.

S'agit-il d'une malformation congénitale, c'est bien peu probable 24 heures après la naissance. Une malformation capable de faire mourir un enfant aussi rapidement aurait donné des signes cliniques.

S'agit-il d'infection de l'enfant au passage dans la filière pelvienne, mais la date du premier jour est beaucoup trop précoce pour expliquer cette raison de décès.

S'agit-il d'infection de l'enfant au passage dans la ninge, telle qu'une hémorragie méningée déterminée par l'application de forceps ?

Bien que nous ne puissions l'affirmer cela nous paraît peut-être, de toutes les raisons de décès dans les 24 heures qui peuvent être invoquées raisonnablement, de beaucoup la plus rationnelle et la plus probable.

Pour ce qui concerne les suites de couches de femmes ayant subi une intervention obstétricale, une seule fois dans le cas de la pubiotomie nous avons assisté à des suites de couches fébriles. Les 3 autres cas ayant donné lieu à des suites de couches sans la moindre élévation de température ou le moindre incident.

Que concluerons-nous donc en général de l'étude de ces 4 cas ?

1^o Que toutes choses égales d'ailleurs les interventions obstétricales sur les gros enfants ne sem-

blent pas donner lieu à une mortalité infantile plus élevée que celles pratiquées sur les enfants sans distinction de poids.

2° Que le pronostic maternel ne semble pas dans ce cas être influencé défavorablement par le fait qu'on extrait un gros enfant.

3° Que sensiblement plus fréquents que dans les accouchements en général (environ le double), la moyenne des cas d'intervention sur les gros enfants n'est pas aussi élevée qu'on pourrait se le figurer à première vue.

4° Que les interventions obstétricales sur les gros enfants sont, comme celles pratiquées sur les enfants sans distinction de poids, plutôt le fait des primipares qui représentent 75 % des cas d'intervention.

5° Que ces interventions sont dans plus de la moitié des cas motivés par le fait de la surdistension utérine qui empêche les contractions de se faire utilement par suite de fatigue précoce, ce qui force à pratiquer artificiellement l'expulsion sans qu'il y ait par ailleurs de dystocie vraie, et uniquement en vue de ne pas exagérer la fatigue et le danger que présente pour le fœtus un séjour exagéré dans la filière pelvienne.

Nous remarquerons enfin que sur nos cas de gros enfants, pas une fois nous n'avons été contraints à avoir recours à une version, à une embryotomie ou à une césarienne.

Et cependant parmi toutes les parturientes observées 3 présentaient une viciation pelvienne plus ou moins marquée.

Obs. LXII — 2042. — Primipare accouchement spontané après un travail de 8 h. 20 et 20' d'expulsion d'une fille de 4160 gr. — Bassin légèrement vicié sacrum à bout de doigt — lignes innommées accessibles sur les $\frac{3}{4}$ de leur longueur.

Obs. LXVI — 2155. — II^e pare, travail de 16 heures expulsion de 10', fille de 4.100 gr. — Promontoire accessible au toucher vaginal.

Obs. LXXIV. — 2171. — II^e pare, travail de 6 h. 10 et expulsion de 10' garçon de 4.010 gr. Sacrum accessible par le toucher vaginal sur toute sa longueur, du promontoire à l'articulation sacro-coccygienne.

Nous nous bornerons à remarquer que dans ces 3 cas les femmes ont accouché, spontanément, sans intervention d'aucune sorte.

Les viciations pelviennes constatées étaient bien légères évidemment, mais on pouvait se demander si un gros enfant passerait avec facilité.

L'ossification de la tête du gros enfant n'ayant pas de raison d'être plus avancée que celle de l'enfant de poids moyen, puisque nous avons fait la preuve qu'il n'est pas le fruit d'une gestation prolongée, il est tout naturel que la tête, bien que plus grosse, arrive à s'acomoder, et que le chevauchement osseux de la voûte crânienne soit simplement un peu plus marquée, pour permettre le passage dans la filière pelvienne légèrement rétrécie.

Nous avons, au cours de l'exposé, des interventions obstétricales, systématiquement mis de côté une petite intervention qui peut-être qualifiée d'obstétricale, l'épisiotomie.

Nous avons pensé qu'elle ne saurait être mise sur le même plan que les interventions importantes telles que le forceps, césarienne, embryotomie, etc.

Il s'agit en effet d'une intervention bénigne et qui se justifie dans des cas bien précis.

1° Soit en cas d'atrésie ou d'œdème vulvaire important, quel que soit le volume du fœtus à accoucher, la vulve étant indilatable.

2° Soit lorsqu'il est manifestement certain que la région ano vulvaire bien que dilatable ne laissera pas passer le fœtus sans déchirure périnéale appréciable.

3° Soit enfin lorsqu'une déchirure centrale du périnée s'étant produite, il s'agit de faire sauter le pont cutanéomuqueux persistant entre la déchirure et la commissure vulvaire postérieure, pour éviter que la déchirure périnéale ne s'étende du côté anal.

Cette petite intervention a été pratiquée deux fois dans l'année 1928 à propos de l'accouchement de gros enfants.

Obs. LXX. — 2226. — enfant pesant 4475 gr.

Obs. LXXIX. — 2340. — épisiotomie pour œdème vulvaire, enfant de 4350 gr.

Il ne paraît pas d'après ces chiffres de 2 observations que l'épisiotomie soit plus fréquemment indi-

quée lorsqu'il s'agit de gros enfants que dans la moyenne des accouchements en général.

Du reste la conclusion générale qui s'impose est que, si les gros enfants en général donnent lieu deux fois plus souvent que les enfants de poids moyen à des interventions obstétricales, il est à remarquer que les plus gros enfants ne sont pas ceux que nous retrouvons dans ces observations.

En effet, aucun enfant au-dessus de 5.000 gr. comme on aurait pu le croire n'a donné lieu à une intervention chirurgicale.

Sur nos 4 cas, trois enfants font partie du premier groupe de poids (4.000 à 4.250 gr.) 1 seul fait partie du 3^e groupe (4.500 à 4.750 gr.). Enfin les deux enfants dont l'accouchement a nécessité une épisiotomie font partie du 2^e groupe (4.250 à 4.500 gr.).

La fréquence des interventions chirurgicales chez les gros enfants n'est donc pas proportionnelle au poids ainsi que *Zailer* le conclut de ses propres statistiques.

Nous remarquerons en passant, que sur tous les gros enfants envisagés ici représentant 1 an de fonctionnement d'une Maternité de 140 lits, aucun, malgré son volume, n'a donné lieu à une dystocie des épaules.

Seul nous avons relevé dans les antécédents de l'Obs. XV — 592, la naissance d'un enfant mort pesant 6.150 gr. et ayant présenté une dystocie des épaules en 1917. Ce qui a d'ailleurs décidé M. lePr agrégé

Le Lorier, à provoquer un accouchement prématuré pour éviter le retour de semblables difficultés.

A moins d'avoir affaire à un fœtus de poids non seulement élevé mais exceptionnel (+ de 5.500 gr.) nous pouvons dire que la dystocie des épaules est une éventualité qu'on rencontre fort rarement.

La Délivrance

- a) ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE
 - b) LE PLACENTA DU GROS ENFANT
 - c) LE CORDON DU GROS ENFANT
-

LA DÉLIVRANCE

Lorqu'est terminé l'accouchement du gros enfant, comment va s'effectuer le temps suivant ? La délivrance va-t-elle être influencée du fait du volume ou du poids de l'enfant contenu auparavant dans l'œuf ? et de quelle manière ? Voyons nos observations.

Nous avons relevé :

Obs. IV. — Délivrance artificielle.

Obs. XXVIII. — Délivrance artificielle (procédé *Delmas*).

Obs. XXIX. — Délivrance artificielle.

Soit 3 délivrances artificielles pour 79 accouchements ce qui est un peu plus fréquent que pour tous les accouchements pris en général.

Nous devons vraisemblablement attribuer ce fait à la distension utérine qui permet mal au muscle utérin de revenir sur lui-même avec une tonicité suffisante pour décoller l'arrière faix. D'après *Dubrizay* et *Jeannin* en effet 80 % de délivrances artificielles

sont nécessités par l'inertie utérine dont l'obs. LXXI nous fournit un cas caractéristique.

Nous avons relevé d'autre part :

Obs. LIII. — Délivrance naturelle. Placenta découronné.

Obs. LVI. — Délivrance naturelle, rétention complète des membranes.

Obs. LXXII. — Délivrance naturelle, rétention complète du chorion (suite de couches fébriles).

Ces trois cas ne nous ont pas paru sortir des cas semblables observés dans la moyenne des accouchements sans distinction du poids de l'enfant, dans lesquels ils sont aussi nombreux.

INSERTION PLACENTAIRE.

Comment ce placenta est-il inséré dans l'accouchement du gros enfant ? *Dubrizay* et *Jeannin* dans le « Précis d'accouchement » disent que le placenta bas inséré est fréquent puisqu'on le rencontre dans 25 % des cas.

En est-il de même pour le placenta du gros enfant ?

Après chaque délivrance à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut les membranes de l'œuf sont toujours soigneusement mesurées.

Nous avons ainsi relevé pour nos observations, 6 placentas bas insérés :

Obs. XXXI — 1236 —	mensuration des membranes			45 cm.
				9 cm.
Obs. XXXVIII — 1458	»	»	»	8/30 cm.
Obs. LVIII — 1906	»	»	»	5/30 cm.
Obs. LXI — 2023	»	»	»	6/48 cm.
Obs. LXVI — 2155	»	»	»	0/38 cm.
Obs. LXXVI — 2815	»	»	»	3/37 cm.

Six observations ne constituent pour nous que 7,5 % de la totalité des cas étudiés : Nous sommes donc loin des 25 % annoncés pour la généralité des accouchements par *Dubrizay* et *Jeannin*.

Nous concluerons donc de ceci que là encore le gros enfant paraît être une cause d'augmentation de fréquence des cas strictement normaux puisque le placenta est plus fréquemment inséré à sa place normale que dans les accouchements pris en général et que sur 6 placentas bas insérés nous n'avons relevé qu'une seule insertion marginale.

Le cordon

Dans la totalité des accouchements envisagés sans distinction aucune, les cordons ombilicaux longs, mesurant plus de 60 cm. sont extrêmement rares puisqu'ils ressortissent à peine à 10 % des cas.

Or, en recherchant les particularités qui s'associaient à la naissance du gros enfant, nous avons été amenés à faire état des observations qui suivent.

Obs. XXXIV. — Cordon de 73 cm. de long.

Obs. XLVIII. — Cordon de 70 cm. de long.

Obs. LIII. — Cordon de 70 cm. de long.

Obs. LIV. — Cordon de 93 cm. de long.

Obs. LXV. — Cordon de 70 cm. de long.

Obs. LXVI. — Cordon de 70 cm. de long.

Soit 6 observations pour 79 accouchements de cordons anormalement longs.

Il nous semble donc avéré, que chez le gros enfant, on a beaucoup plus de chance. — 7.5 % des cas de trouver un cordon anormalement long, que dans les accouchements en général où le long cordon n'existe que dans 10 % des cas.

Toujours à propos du cordon ombilical, nous remarquerons avoir constaté une seule fois une circulaire, elle était d'ailleurs double.

Obs. XLIV — 1567. — enfant de 4020 gr.

Encore hésitons-nous à vraiment dire qu'il s'agit de circulaire chez un gros enfant puisqu'il ne pèse que 4.020 gr. presque à la limite du poids inférieur que nous avons fixé.

D'autre part, il faut faire entrer en ligne de compte qu'il s'agit d'une IV^e pare à utérus mou, travail de 23 heures ! où le fœtus a pu longtemps se déplacer à l'aise, ce qui facilite la production de circulaire du cordon ; et nous amène, logiquement, à affirmer que le gros enfant, étant plus tôt immobilisé dans l'utérus maternel, a beaucoup moins de chance de s'embarrasser dans une circulaire qu'un enfant petit, flot-

tant dans un excès de liquide et dont la position se modifie sans cesse « in utéro ».

Hémorragies de la délivrance

Immédiatement après la délivrance l'inertie utérine, ou sans aller si loin, le manque de tonicité du muscle utérin, fatigué par la distension que comporte un gros fœtus peut encore donner lieu à des accidents : les hémorragies de la délivrance.

Nous en avons constaté 4, ce sont les observations :

XXXVI — 1361. — V^e pare enfant de 4250 gr. hémorragie immédiate calmée par extrait hypophysaire et ergotine.

XLI. — 1554. — II^e pare, enfant de 4320 gr., hémorragie immédiate facilement calmée.

LVIII — 1906. — I^e pare, forceps, hémorragie immédiate de moyenne abondance — 300 cm. cube de sérum sous cutané.

LXXIX — 2340. — I pare, enfant de 4320 gr., hémorragie immédiate facilement calmée.

Avant même d'avoir recueilli ces observations nous pensions déjà ce qu'elles viennent nous confirmer,

Les hémorragies de la délivrance ont une tendance marquée à être plus fréquente (5% des cas) chez les femmes ayant accouché d'un gros enfant à cause de

l'inertie utérine qui résulte de la fatigue imposée à ce muscle par le travail et la distension exagérée.

Notons que sur ces 4 observations une seule hémorragie a eu lieu chez une V^e pare.

1 chez une II^e pare.

et 2 soit 50 % chez les primipares alors que c'est le résultat inverse qu'on aurait plutôt prévu.

Nous en déduisons que chez les femmes ayant accouché d'un gros enfant la primiparité plus que la multiparité semble prédisposer aux hémorragies de la délivrance sans doute à cause de la plus grande fatigue du muscle utérin que comporte le travail plus long, plus pénible chez les primipares.

Les suites de couches

(pronostic maternel)

L'accouchement effectué la délivrance achevée, quel pronostic allons-nous être autorisé à porter sur la mère du gros enfant.

Différera-t-il sensiblement du pronostic à porter dans les accouchements pris en général ?

Les avis exprimés précédemment diffèrent.

Dubois a relevé une mortalité maternelle de 12,5 % mais il s'agissait d'enfants pesant au moins 4.900 gr.

Desbruères a rencontré trois cas mortels seulement sur 559 gros enfants.

Quant à nous sur nos 79 cas nous n'avons relevé aucun cas mortel, ce qui nous amène à conclure que le gros enfant lorsqu'il est accouché avec toutes les règles de l'asepsie n'est aucunement une cause particulière d'infection ou de moindre résistance pour sa mère.

Mais sans aller jusqu'aux cas mortels nous pouvons nous demander si les suites de couches sont influencées par l'accouchement d'un gros enfant.

En dehors des poussées de températures dues nettement à une infection mammaire telles que nous en ont montré les observations XXXIV, abcès du sein et LXXIV — lymphangite du sein ; nous avons relevé 5 observations de suites de couches fébriles.

1° XXXIX — 1475. Il s'agit de notre cas de pubiotomie, la température est d'ailleurs rapidement retombée à la normale sans accidents.

2° XLII — 1550. II^e pare ayant fait pendant deux jours une poussée thermique à 38° avec pouls peu accéléré.

LXX. — 2226. — épisiotomie, rétention de membranes — légère poussée fébrile à 38° le 2^e et 3^e jour.

4° LXXII — 2273. — enfant au nasopharynx rempli de glaires fétides difficilement désobstrué — rétention complète du chorion — injection vaginale de solution d'argyrol — suites de couches, la température reste autour de 38 à 38,5 pendant 12 jours — streptocoques dans l'urine, puis tout s'arrange.

5° XXIX — 2340 — Episiotomie pour œdème de la vulve — pansements au sérum, température jusqu'au 5^e jour : 38° glace sur le ventre, tout rentre dans l'ordre.

Dans 16,6 % des cas on a constaté une légère élévation de température doit-on en conclure que le gros enfant est en cause ? Cela nous semble aller trop loin dans l'hypothèse et nous affirmons volontiers que rien ne paraît devoir influencer les suites de couches chez les mères de gros enfants. Seule, l'involution utérine est un peu plus lente les premiers jours par suite du manque de tonicité de l'utérus.

CHAPITRE VII

Le Gros Enfant après sa Naissance

- a) VARIATION DE POIDS
 - b) RÉSISTANCE
 - c) SANTÉ GÉNÉRALE
-

Variations du poids après la naissance.

En dépouillant les travaux sur le gros enfant, nulle part nous n'avons trouvé quoi que ce soit se rapportant à la perte de poids que subit l'enfant après sa naissance.

En étudiant au contraire les travaux des auteurs qui se sont occupés de déterminer le poids moyen des enfants nouveau-nés, nous avons trouvé dans la thèse de *Lauro de Franco* à la documentation de laquelle nous nous sommes déjà reportés dans les chapitres précédents, des conclusions nettes sur ce sujet.

Ceci nous a amené à nous demander si la variation de poids du gros enfant suivant les mêmes règles que celles de l'enfant de poids moyen.

Nous nous sommes demandés par ailleurs si les conclusions édictées par le même *Lauro de Franco*, à propos des enfants de poids moyen étaient applicables dans les cas qui nous occupent.

Voyons d'abord ces conclusions. L'auteur est formel.

1° La perte de poids varie légèrement et dans le même sens que le poids de l'enfant à la naissance. »

2° Dans tous les cas pour être physiologique elle ne doit pas dépasser 100 gr. pour un enfant de poids moyen ».

3° Le 3^e jour l'enfant doit physiologiquement avoir retrouvé son poids initial. »

Il est avéré d'autre part que, bien que les soins soient attentifs, et pour une raison difficile à déterminer, les enfants nés en milieu hospitalier font une variation de poids un peu plus forte que les enfants observés dans la clientèle urbaine.

Nous avons donc dépouillé les observations de 79 gros enfants nés à Boucicaut en 1928 et nous avons cherché pour chacun d'eux :

1° la variation moyenne de poids.

2° Le nombre de jours que l'enfant a mis à rattraper son poids de naissance. Nous avons fait cette étude pour chacun des différents groupes de poids envisagés dès le début de ce travail de façon à déterminer si vraiment, au fur et à mesure que l'enfant a en naissant un poids de plus en plus fort : on constate une variation de poids de plus en plus grande et un nombre de jours de plus en grand nécessaire à la récupération de cette perte de poids.

Dans le premier groupe, nous avons 46 gros enfants pesant de 4.000 à 4.250 gr. Parmi ceux-ci: 4 enfants ont retrouvé leur poids de naissance le 5^e jour; 4

l'ont retrouvé le 6^e jour; 7 l'ont retrouvé le 7^e jour; 7 l'ont retrouvé le 8^e jour; 6 l'ont retrouvé le 10^e jour.

Enfin les enfants des observations qui suivent ont fait des chutes de poids anormales et n'avaient pas retrouvé leur poids de naissance à la sortie de la Maternité le 11^e jour.

Obs. I. — enfant de 4.050 gr. tombé à 3.700 gr.

Obs. VI. — l'enfant, le 11^e jour, n'a pas retrouvé son poids.

Obs. XVI, Obs. XL, Obs. XLIV, Obs. LI, Obs. LVII, Obs. LXI, Obs. LXII, Obs. LXIII, Obs. LXVI, Obs. LXVII, Obs. LXXIII, Obs. LXXVII.

Ces enfants, au nombre de 15, ont fait des chutes de poids variant entre 280 gr. minimum et 400 gr. maximum — et n'ont pu être suivis plus loin, ce qui nous a obligé à les ranger tous dans cette catégorie d'enfants étant restés en-dessous de leur poids initial après le onzième jour.

Dans le 2^e groupe de 4.250 à 4.500 gr. sur les 23 enfants que contient ce groupe :

1 a repris son poids le 6^e jour.

4 enfants le 7^e jour.

4 enfants le 8^e jour.

4 enfants le 10^e jour.

En outre tous les enfants des observations qui suivent sont restés en-dessous de leur poids initial au-delà du 11^e jour.

Obs. III. — chute de poids de 500 gr.

Obs. X, Obs. XXV. — enfant suivi jusqu'au 15^e jour et qui n'a pas encore repris son poids initial res-

tant encore 180 gr. en-dessous, à cette date. Obs. XIV, Obs. LIII. — chute de 550 gr. Obs. LVI, Obs. LVIII, Obs. LIX, Obs. LXXI, Obs. LXXIX. — le 14^e jour reste encore 125 gr. au-dessous de son poids initial.

La chute de poids maxima dans ce groupe a été de 550 gr. chez un enfant ne présentant par ailleurs rien de pathologique.

En examinant les enfants du III^e groupe entre 4.500 et 4.750 gr. nous voyons que sur les 4 enfants :

1 a repris son poids le 7^e jour.

1 autre le 8^e jour.

Les 2 autres n'avaient pas repris leur poids le 11^e jour à la sortie. Ce sont les enfants des observations LXX et LXXVIII qui le 11^e jour est encore à 120 gr. au-dessous de son poids initial.

Dans le quatrième groupe de 4750 à 5.000 gr. nous avons observé deux enfants, l'un a repris son poids le dixième jour, l'autre Obs. LIV a repris son poids le douzième jour.

Dans le dernier groupe enfin, au-dessus de 5.000 gr. quatre enfants nous ont donné les résultats suivants :

1 seul a repris son poids le huitième jour, les 3 autres étaient le onzième jour encore au-dessous de leur poids primitif, ce sont les enfants des observations IV où il y aurait eu (?) faute d'alimentation et où le poids le huitième jour n'était que de 4 k. 925 contre un poids initial de 5.345 gr. Le onzième jour, l'enfant à la sortie restait nettement au-dessous de son poids initial.

Obs. XXXV. — le douzième jour a encore 140 gr. à rattrapper pour rejoindre son poids initial.

Obs. XLIII. — le onzième jour est encore plus de 100 gr. au-dessous de son poids de naissance.

Nous avons résumé ces différents résultats en un tableau synoptique ci-dessous.

Des différentes circonstances que nous venons d'examiner en détail, et de ce tableau, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Groupes	nb. enfants total	Enf. n'ayant pas repris leur poids avant le 11 ^e jour	Enf. ayant repris leur poids avant le 11 ^e jour	Jour auquel ces enfants ont atteint leur poids initial	
				Jours	nb. d'enf.
I	46 1 mort	15	30	5 ^e	4
				6 ^e	4
				7 ^e	7
				8 ^e	6
				9 ^e	3
				10 ^e	6
II	23	10	13	6 ^e	1
				7 ^e	4
				8 ^e	4
				9 ^e	0
				10 ^e	4
III	4	2	2	7 ^e	1
				8 ^e	1
IV	2	1	1	10 ^e	1
V	4	3	1	8 ^e	1

1° Les enfants pesant plus de 4.000 gr. font en général une chute de poids plus marquée que les enfants de poids moyen.

2° Cette chute est d'autant plus marquée que l'enfant pèse plus lourd en moyenne.

3° L'enfant met d'autant plus de temps à retrouver son poids initial que celui-ci est plus élevé.

4° En ne tenant compte que des enfants ayant rattrapé leur poids en moins de 11 jours (nous avons systématiquement négligé les autres que nous n'avons pu suivre jusqu'à retour au poids initial), nous avons trouvé que les enfants du premier groupe retrouvaient en moyenne leur poids de naissance le 7^e jour, ceux du deuxième et troisième groupe, le 8^e jour, ceux du quatrième, le 10^e jour, et ceux du cinquième groupe, le 11^e jour seulement.

Il semble donc permis de conclure par ailleurs que si l'enfant plus gros semble mieux défendu contre le refroidissement, mieux armé pour la vie en général, il n'est cependant, malgré tout pas capable dans la plupart des cas, de conserver ces avantages apparents pendant longtemps.

En effet, sa chute de poids est plus forte en moyenne que celle des enfants de poids moyen. Elle peut atteindre comme dans 3 de nos observations 350, 500, et même 550 gr., sans pour cela que l'enfant présente rien de pathologique apparemment, et sans que cela l'empêche de se comporter après le début de sa réascension de poids comme un nourrisson tout à fait normal.

Nous nous devons cependant en terminant ce chapitre de noter que, bien que ces nourrissons ne puissent être taxés d'hypotrepsie, la réascension est en général aussi lente, sinon plus, que pour un nourrisson de poids moyen, comme si d'une part l'organisme n'était pas capable d'assimiler utilement, malgré son poids général des doses d'aliments plus fortes que celles utiles à un nourrisson de poids moyen à terme, et d'autre part, comme s'il devait dans les mois qui suivent, se faire un certain équilibre entre tous les enfants (normaux bien entendu) tel que les plus favorisés au départ reprennent l'évolution normale dans des limites moyennes de poids.

Observations

Observation I. 86.—C. 32 ans, quatrième grossesse, famille ayant présenté des antécédents bacillaires nombreux.

En 1917, accouche à terme d'une fille de 3.000 gr.
En 1922, accouche normalement d'une fille de 4.000 gr.
En 1925, troisième accouchement d'une fille de 4.150 grammes.

Aux deux derniers de ces accouchements a présenté une légère hémorragie avant la délivrance, hémorragie facilement arrêtée aussitôt la délivrance accomplie

Au moment de sa quatrième et dernière grossesse, cette femme présente une réaction de Wassermann négative. Après un travail d'une durée de 11 heures 20 et une expulsion en 45 minutes, elle accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.050 gr. La délivrance se fait normalement et le placenta pèse 770 gr. A remarquer que l'enfant, après être tombé à un poids de 3.700 gr., ne pèse encore que 3.900 gr. le 11^e jour, quand la femme sort de la Maternité, n'ayant pas encore rattrapé son poids à la naissance.

Obs. II. 99.—B. 34 ans, troisième grossesse.

En 1920, à l'occasion de l'accouchement à terme, ont fait une application de forceps sur un enfant dont

il a été impossible de savoir le poids. En 1925, cette femme accouche normalement d'un enfant à terme de poids impossible à retrouver. Pour la grossesse actuelle, le procréateur est âgé de 37 ans, la femme présente une réaction de Bordet-Wassermann négative. Après un travail ayant duré 2 heures 20, elle accouche en 10 minutes d'un garçon pesant 4.050 gr. en OIGA. La délivrance qui se fait naturellement amène un placenta très gros, pesant 900 gr., l'enfant retrouve son poids de naissance le 10^e jour; suites de couches normales.

Obs. III. 100. — G. 36 ans, deux grossesses, aucune anamnèse de la première grossesse. Actuellement le B-W. est négatif. Après un travail de cinq heures et une expulsion ayant duré $\frac{1}{2}$ heure, cette femme accouche en OIGA d'un garçon vivant pesant 4.300 gr. La délivrance naturelle ramène un placenta pesant 620 gr. A noter que le 5^e jour, l'enfant est tombé à 3.800 gr. et le 10^e jour, le poids n'est encore que de 4.075 gr. ; suites de couches normales.

Obs. IV. 174.—R. cinquième grossesse, 31 ans. Le procréateur, différent pour la grossesse actuelle, a été le même pour les quatre premiers enfants.

1922: accouchement normal à terme d'un garçon pesant 3 k, 500;

1923: accouchement naturel à terme d'un garçon pesant 6 k.;

1924: accouchement naturel à terme d'une fille pesant 5 k.;

1926: accouchement naturel à terme d'une fille pesant 5 k. 500.

Pendant sa dernière grossesse, le B-W. a été négatif. Après un travail de 4 heures, accouchement naturel en OIGA d'un garçon pesant 5.340 gr., après 15 minutes d'expulsion. La délivrance artificielle amène un placenta pesant 640 gr. On fait un badigeonnage de la cavité interne au crystal violet, une injection d'un quart de centimètre cube d'extrait hypophysaire et les suites de couches sont normales. L'enfant, alimentation mal réglée, fait une chute de poids prolongée et ne pèse le 8^e jour que 4 k. 925; l'alimentation réglée, l'augmentation de poids se fait, lente, mais normale.

Obs. V. 321.—C. 27 ans, primipare, procréateur de 31 ans bien portant. Après un travail de 9 heures et une expulsion de 35 minutes, la femme dont le B-W. est négatif accouche en OIGA d'une fille pesant 4.250 gr. qui descend à 4.050 le 4^e jour et a retrouvé le 11^e jour son poids de naissance; suites de couches normales.

Obs. VI. 333.—G. 26 ans, trois grossesses, même procréateur 26 ans bien portant.

1924: accouchement naturel, garçon 3.360 gr.

1926: accouchement naturel, fille 3.500 gr. mort-née, morte pendant le travail (Obs. 510-Boucicaut, 1926).

1928: après un travail de 4 heures 35 et une expulsion de 10 minutes, accouchement en OIDP d'un garçon du poids de 4.120 gr. La délivrance naturelle amène un placenta de 620 gr., le 11^e jour, l'enfant n'a pas retrouvé son poids de naissance. B-W. négatif; suites de couches normales.

Obs. VII. 337.—M. 24 ans, trois grossesses:

1925: accouchement naturel, fille de 3.000 gr.

1926: accouchement naturel, fille de 4.050 gr.

1928: accouchement naturel, fille pesant seulement 3.380 gr. en OIDP, après un travail de 6 heures, et une expulsion de 15 minutes. Femme ne travaillant pas et n'ayant présenté au cours de cette grossesse aucun signe pathologique. Le B-W. est négatif. La délivrance naturelle montre un placenta pesant 810 gr., beaucoup trop gros pour l'enfant. Les suites de couches ont été normales.

Obs. VIII.409.—S. 32 ans, trois grossesses:

1923: avortement de 2 mois;

1924: accouchement d'une fille pesant 4.130 gr. morte de méningite à 3 ans; les suites de couches ont été pathologiques. (Baudelocque)

1928: procréateur 27 ans. Après un travail de 29 heures et une expulsion de 20 minutes, accouchement en OIDP d'un garçon pesant 4.230 gr.; un gros œdème

du col a nécessité une injection de 1 centigramme de morphine. L'enfant rattrape son poids de naissance le 8^e jour seulement; le B-W. est négatif; les suites de couches normales.

* Obs. IX. 413.—S. 23 ans, quatre grossesses, aucune anamnèse sur les grossesses précédentes, étrangère ne parlant pas le français. Après un travail rapide, accouchement en OIDP d'une fille pesant 4.090 gr. L'enfant descend à 3.600 gr. et le 6^e jour, quand la femme quitte la Maternité, il ne pèse que 3.725 gr.; le B-W. est négatif; les suites de couches normales.

Obs. X. 441.—T. primipare, procréateur de 26 ans. Après une grossesse suivie à la consultation et sans aucun signe pathologique, accouche en OIGA après un travail de 39 heures et une expulsion de 30 minutes d'un garçon pesant 4.320 gr. La délivrance naturelle ramène un placenta pesant 700 gr. Le B-W. est négatif; les suites de couches normales. A noter que le poids de l'enfant tombe à 3.850 gr. et que le 11^e jour, il n'a pas encore rattrapé son poids à la naissance.

Obs. XI. 450.—H. 36 ans, trois grossesses:

1915: accouchement à terme d'un garçon bien portant pesant 4.500 gr.

1921: accouchement d'une fille pesant 4.250 gr.

1928: après un travail de 8 heures 20 et une expulsion de 15 minutes, accouchement en OIDP d'une fille

pesant seulement 3.590 gr. La délivrance est naturelle. Le placenta pèse 620 gr. Le B-W. est négatif; les suites de couches normales.

Obs. XII. 487.—D. 39 ans, cinq grossesses, procréateurs différents :

1908: garçon à terme, poids inconnu;

1911: garçon à terme, poids inconnu;

1915: fille à terme, poids inconnu;

1926 : garçon de poids inconnu ;

1928: après un travail de 6 heures et une expulsion de 1 heure, accouchement en OIGA d'un garçon pesant 4.465 gr. né étonné, liquide amniotique teinté, reprend son poids de naissance le 8^e jour. La délivrance est naturelle, le placenta pèse 555 gr., le B-W. est négatif; les suites de couches normales.

Obs. XIII. 533.—T. 36 ans, cinq grossesses, présente des coliques hépatiques depuis cinq ans.

1914: fausse-couche de 1 mois $\frac{1}{2}$;

1915: fausse-couche de 3 mois;

1917: fausse-couche de 1 mois $\frac{1}{2}$;

1923: accouchement à terme d'une fille à terme pesant 2.800 gr.

1928: femme très grasse, accouchant en OI DP en 16 minutes après un travail de 13 heures 30 d'un garçon mort et macéré pesant 4.100 gr. et présentant des lésions de pemphigus. Au cours du travail, un œdème assez marqué du col a nécessité 1 centigramme de

morphine; la dilatation s'est faite lentement et par à coups. Le placenta venu seul pèse 770 gr., le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. XIV. 544. G. 24 ans, trois grossesses.

En 1924: accouchement d'un garçon vivant pesant 4.250 gr., application de forceps ;

1927: accouchement spontané d'une fille pesant 4.250 gr.

1928: après un travail de 6 heures 30, accouchement en OIGA en 15 minutes d'une fille pesant 4.090 gr. Le placenta pèse 550 gr. Délivrance naturelle. Le B-W. est négatif ; les suites de couches normales. L'enfant a repris son poids de naissance le 7^e jour.

Obs. XV. 592.—G.E. 32 ans, trois grossesses, procréateur de 35 ans:

1915: accouchement d'un garçon pesant 6 k.

1917: début du travail le 6 avril à 17 heures, dilatation complète le 8 avril à 10 heures 45. A 14 heures, application de forceps en OIGA pour altération des bruits du cœur de l'enfant; dystocie des épaules, enfant mort-né pesant 6.150 gr. Placenta de 850 gr. (accouchement fait par le Docteur Risacher).

1928: les dernières règles datent du 12 juillet 1927. Le 27 mars à 21 heures, la femme est amenée à la salle de travail pour pose d'un ballon de Champetier de Ribes au huitième mois de sa grossesse, afin d'évi-

ter une dystocie fœtale à terme par excès de volume. A ce moment, la présentation en OIGT est mobile. On pose un ballon n° 4. La femme présente quelques douleurs, dans la journée le ballon est expulsé, on constate que la dilatation atteint 2 frs. Les douleurs s'espacent, reprennent dans la nuit, mais le lendemain la dilatation est encore à 2 francs.

A 9 heures 35, on fait une injection de $\frac{1}{4}$ de centimètre cube d'hypophyse. On provoque ainsi de petites contractions nettement perceptibles à la main qui palpe, mais que la femme n'accuse pas. A 12 heures, la tête est toujours haute et mobile, à 19 heures, les douleurs cessent.

Le 29 mars, dans la matinée, on pose un ballon de Champetier n° 6 qui provoque quelques contractions, puis passe dans le vagin vers le soir. Les contractions cessent malgré une injection de $\frac{1}{4}$ de centimètre cube d'hypophyse.

Le 2 avril au matin, un troisième ballon, n° 7 est posé: on constate les mêmes phénomènes que précédemment ; $\frac{1}{4}$ de centimètre cube d'hypophyse.

Le 3 avril, le ballon est passé dans le vagin.

Le 8 avril, à 9 heures 50, les membranes se rompent spontanément et le travail se déclanche, et l'accouchement se fait normalement en OIGT d'une fille pesant 4.020 gr., environ 15 jours avant le terme, l'expulsion ayant duré 15 minutes. Délivrance naturelle. Le placenta pèse 900 gr., donc trop gros, le B-W. est négatif, les suites de couches normales. L'enfant rattrape son poids de naissance le 7^e jour.

Obs. XVI. 504.—T.A. 40 ans, six grossesses, procréateur de 40 ans.

1909: garçon à terme de poids inconnu;

1911: fille à terme de 4 k. 700;

1916: prématuré de 7 mois de poids inconnu;

1921: fille de 3.500 gr.

1924: garçon de 3.500 gr.

1928: après un travail de 1 heure 30, expulsion de 5 minutes, accouchement en OIGA d'un garçon pesant 4.070 gr. Délivrance naturelle; placenta de 590 gr., B-W. négatif, suites de couches normales. A noter que le 11^e jour, l'enfant n'a pas encore repris son poids à la naissance.

Obs. XVII. 604.—Z.P. 30 ans, cinq grossesses:

1918, 1922, 1924: 3 enfants à terme dont on ignore le poids à la naissance;

en 1926: une fausse-couche de cinq mois;

1928: après un travail de 5 heures 30, expulsion non connue, accouchement en OIDP d'un garçon vivant pesant 4.000 gr. Délivrance naturelle, placenta de 700 gr., B-W. négatif, suites de couches normales.

Obs. XVIII. 688.—D.A. 41 ans, cinq grossesses.

Avec un premier procréateur: 1906, 1907, 1912, 1914, 4 enfants pesant de 3.400 à 3.500 gr.

1928: nouveau procréateur de 54 ans: après un travail de 4 heures 20, accouchement en OIGA d'un gar-

çon pesant 4.050 gr. Délivrance naturelle, placenta de 600 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. XIX. 699.—D.S. 30 ans, trois grossesses:
en 1921 et en 1924, 2 enfants vivants pesant chacun 4 k.

1928: après un travail de 7 heures 30, et une expulsion de 15 minutes, accouchement en OIDP d'un garçon pesant 4.080 gr. Délivrance naturelle, placenta de 660 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. XX. 711.—C.J. 25 ans, quatre grossesses:
1923, 1924: 2 enfants pesant chacun 3.500 gr.
1926: fille pesant 4.100 gr.
1928: après un travail de 4 heures 30, accouchement en OIGA d'un garçon pesant 4.150 gr. Délivrance naturelle complète, placenta pesant 710 gr., donc trop gros. B-W. négatif, suites de couches normales. L'enfant n'a repris son poids de naissance que le 10^e jour.

Obs. XXI. 728.—T.S. 25 ans, deux grossesses, procréateur de 26 ans:
1925: accouchement d'une fille pesant 3.200 gr.
1928: après un travail de 3 heures 20, accouchement d'un garçon en OIGA pesant 4.250 gr. Délivrance naturelle, placenta de 700 gr. B-W. négatif, suites de

couches normales. L'enfant a repris son poids de naissance le 7^e jour, et pèse 4.350 gr. le 10^e jour.

Obs. XXII. 764.—O.K. 21 ans, deux grossesses:

1925 : accouchement normal;

1928: après un travail de 10 heures et une expulsion de 20 minutes, accouchement en OIDP d'un garçon pesant 4.450 gr. Délivrance naturelle, placenta pesant 700 gr. Le B-W. est très fortement positif, la femme est traitée depuis le 7^e mois de sa grossesse. L'enfant a eu des frictions mercurielles et il rattrape son poids de naissance le septième jour, et le dépasse de 100 gr. le onzième jour.

Obs. XXIII. 777.—I.N. 27 ans, primipare, procréateur de 29 ans. Après un travail de 3 heures 30, accouchement en OIDP d'une fille pesant 4.210 gr. Délivrance naturelle, placenta pesant 600 gr. L'enfant fait de l'ophtalmie avec température élevée pendant 4 jours. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. XXIV. 833.—A.H. 32 ans, cinq grossesses, procréateur de 35 ans:

1915: garçon de 3.500 gr.;

1916: fille de 4.000 gr.

1920: garçon de 4.250 gr.;

1922: fille vivante de 3.500 gr., hémorragie légère avant l'accouchement;

1928: après un travail de 7 heures et une expulsion de 10 minutes, accouchement d'un garçon pesant 4.330 gr. en OIGA. Délivrance naturelle, placenta pesant 790 gr., donc trop gros. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales. L'enfant a rattrapé son poids de naissance le 7^e jour et il continue à progresser normalement.

Obs. XXV. 848.—L.M. 22 ans, trois grossesses, aucun renseignement sur les grossesses précédentes:

1928: après un travail de 9 heures et une expulsion de 2 heures, accouchement d'un garçon en OIGA pesant 4.480 gr. Délivrance naturelle, placenta de 660 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales. A noter que le poids de l'enfant tombe à 4.200 et ne se relève que très péniblement à 4.300 gr. le 15^e jour, malgré une alimentation très bien réglée.

Obs. XXVI. 869.—B.G. 26 ans, trois grossesses, procréateur de 29 ans, bien portant:

1926: accouchement à terme d'une fille de poids inconnu;

1928: après un travail de 6 heures et une expulsion de 1 heure, accouchement en OIGP d'un garçon pesant 4.200 gr. La délivrance est naturelle, le placenta pèse 690 gr. Le B-W. est négatif et les suites de couches normales. L'enfant après une forte chute de poids (400 gr.) rattrape son poids de naissance le 10^e jour.

Obs. XXVII. 886.—A.D. 20 ans, primipare, procréateur de 25 ans, bien portant, accouche en OIDP après un travail de 24 heures et une expulsion de 15 minutes, d'un garçon pesant 4.400 gr. A noter que l'enfant fait une grosse chute de poids (380 gr.) et ratrape son poids de naissance le 11^e jour. Délivrance naturelle, placenta pesant 650 gr. B-W. négatif, suites de couches normales.

Obs. XXVIII. 939.—B.G. 29 ans, quatre grossesses, procréateur de 37 ans. Cette femme a subi une ligamentopexie en 1927 au cours de laquelle on a découvert et enlevé un ovaire kystique;

1922: garçon de 3.250 gr.

1925: fille de 4 k.;

1926: fausse-couche de 2 mois $\frac{1}{2}$, ayant nécessité un curetage, suites de couches fébriles;

1928: après une grossesse au cours de laquelle la femme a continuellement accusé de fortes douleurs, on l'accouche par le procédé Delmas (anesthésie rachidienne); travail accéléré; on amène ainsi l'enfant, garçon pesant 4 k. 700. La délivrance artificielle ramène un placenta pesant 750 gr.

Obs. XXIX. 1005.—A.A. 32 ans, deux grossesses:

En 1913, accouche d'un garçon pesant 2.500 gr. mort le 8^e jour ;

1928: jusqu'au troisième mois de sa grossesse, présente des vomissements; femme ayant de grosses va-

rices. Après un travail de 10 heures et une expulsion de 2 heures, accouche en OI DP d'une fille pesant 4.760 gr. On fait une délivrance artificielle; il reste encore un cotylédon enchatonné dans la corne droite, qu'on trouve au cours de la révision utérine; application de glace, suites de couches normales. Le placenta pèse 750 gr. Le B-W. est négatif. L'enfant rattrape son poids de naissance le 10^e jour.

Obs. XXX. 1080.—G.M. 16 ans, primipare:

Après un travail de 4 heures 15 et une expulsion de 10 minutes, accouche d'une fille pesant 4.300 gr. en OIGA. Délivrance naturelle. Le poids du placenta ne nous est pas connu, le B-W. est négatif, les suites de couches normales. L'enfant ne rattrape son poids de naissance que le 11^e jour.

Obs. XXXI. 1236.—R.M. 29 ans, trois grossesses, dont 1 avortement, procréateur de 33 ans bien portant:

1923: fille de 3.350 gr.;

1924: fausse-couche de 1 mois;

1928: après un travail de 16 heures 35, et une expulsion de 35 minutes, accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.130 gr. La délivrance naturelle amène un gros placenta pesant 830 gr., bas inséré ainsi que le montre la mensuration des membranes (9+45). B-W. négatif.

Obs. XXXII. 1252.—G.J. 33 ans, quatre grossesses, procréateur de 29 ans:

1915: accouchement au terme de 6 mois;

1915: avortement de 3 mois;

1917: accouchement à terme d'un garçon vivant;

Pour la grossesse de 1928, le procréateur est différent; après un travail de 5 heures et une expulsion de 20 minutes, accouchement d'une fille vivante pesant 4.200 gr. en OIGA. La délivrance naturelle amène un placenta pesant 860 gr., donc trop gros. Le B-W. est fortement positif. Il s'agit d'une femme traitée pour sa spécificité seulement depuis le 7^e mois de sa grossesse. Elle a de plus d'énormes varices, les suites de couches ont été normales. L'enfant rattrape son poids de naissance le 10^e jour.

Obs. XXXIII. 1296.—G.R. 20 ans, primipare, procréateur 26 ans bien portant, Après un travail de 44 heures et une expulsion de 2 heures, accouchement en OIGA par application de forceps pour modification des bruits du cœur fœtal, d'une fille de 4.200 gr. L'enfant, quoique d'apparence normale et facilement ranimé, meurt le lendemain. On ne possède pas les résultats de l'autopsie. Délivrance naturelle, placenta pesant 600 gr., B-W. négatif, suites de couches normales.

Obs. XXXV. 1317. — L. B. 30 ans, deux grossesses 2 procréateurs, le premier de 24 ans, le second de 32 ans.

1919: accouchement à terme d'une fille pesant 4.250 gr.

1928: après un travail de 5 heures et une expulsion de 1 heure, accouchement en OIDP d'une fille pesant 4.140 gr., et présentant 2 circulaires du cordon qui est très long (73 cm.). Délivrance naturelle, gros placenta pesant 900 gr. B-W. négatif, suites de couches légèrement fébriles (abcès du sein). L'enfant retrouve son poids de naissance le 10^e jour, puis augmente très rapidement ensuite.

Obs. XXXV. 1337.—D.L. 27 ans, primipare, procréateur de 34 ans. Après un travail de 15 heures 30 et une expulsion de 30 minutes, accouchement en OIGA d'une fille pesant 5.040 gr. Délivrance naturelle, placenta pesant 700 gr. B-W. négatif. L'enfant fait sa chute de poids normal, puis remonte péniblement et par à coups pour n'arriver qu'à 4.900 gr. le 12^e jour.

Obs. XXXVI. 1361.—H.A. 25 ans, cinq grossesses, procréateur de 33 ans. A 16 ans accouche d'un garçon de 4.500 gr. 3 autres accouchements, 3 garçons pesant 4.500, 3.500, 4.240 gr.

1928: après un travail de 6 heures et une expulsion de 20 minutes accouche d'une fille pesant 4.250 gr. en OIGA. Délivrance naturelle, le placenta pèse 710 gr.; légère hémorragie calmée par $\frac{1}{4}$ de centimètre cube d'extrait hypophysaire et $\frac{1}{2}$ centimètre cube d'ergotine. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. XXXVII. 1385.—B.L. 27 ans, primipare, procréateur de 24 ans. Après un travail de 7 heures 30 et une expulsion de 35 minutes, accouche d'un garçon pesant 4.150 gr. en OIGA. Délivrance naturelle, le placenta pèse 535 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales. L'enfant a rattrapé son poids à la naissance, le 7^e jour.

Obs. XXXVIII. 1458.—L.M. 32 ans, trois grossesses, procréateur de 53 ans.

En 1916: fille de 4.300 gr.;

1921: fille de 4.000 gr.;

1927: fausse-couche;

1928: après un travail de 12 heures 45 et une expulsion de 5 minutes, elle accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.070 gr. Délivrance naturelle, le placenta pèse 500 gr., est très bas inséré, ainsi qu'il résulte de la mensuration des membranes (8+30 cm.) L'enfant rattrape son poids le 8^e jour. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales.

Obs. XXXIX. 1475.—D.R. 26 ans, primipare, procréateur de 30 ans. Cette femme a un diamètre promonto-sous-pubien de 10 cm 7. M. *Le Lorier* pratique une pubiotomie, la présentation est un sommet en OIGA. On écarte les pubis de 3 cm. Application de forceps au détroit supérieur, et on ramène une fille étonnée, pesant 4.200 gr. facilement ranimée. Délivrance naturelle, placenta pesant 720 gr. Le B-W. est négatif, les

suites de couches ont été fébriles. Le 19^e jour, la femme part en bon état, ne boitant pas; la variation du poids de l'enfant a été normale: le 5^e jour, il a rattrapé sa perte.

Obs. XL. 1480.—P.M. 28 ans, cinq grossesses, procréateur de 34 ans:

En 1918, 1920, 1923, 1926, a accouché d'enfants dont on ne connaît pas le poids. ;

1928: après un travail de 3 heures 30 et une expulsion de 5 minutes, accouche en OI DP d'une fille pesant 4.150 gr. Délivrance naturelle, placenta pesant 950 gr., très grosse chair à saucisse faisant suspecter une spécifite latente, bien que le B-W. ait été négatif. Les suites de couches ont été normales. A noter que le 11^e jour, au départ de la Maternité, l'enfant ne pèse encore que 3.900 gr.

Obs. XLI. 1544.—S.J. 31 ans, deux grossesses, procréateur bien portant. A accouché en 1923 d'un garçon pesant 3.200 gr. et a eu une hémorragie de la délivrance.

En 1928, après un travail de 4 heures et une expulsion de 10 minutes, elle accouche en OIGA d'une fille pesant 4.320 gr. La délivrance est naturelle, le placenta pèse 790 gr., donc un peu trop gros pour l'enfant. Légère hémorragie de la délivrance, calmée par $\frac{1}{4}$ de centimètre cube d'extrait hypophysaire; les suites de couches ont été normales. Le B-W. est négatif. A noter

que l'enfant rattrape son poids à la naissance le 8^e jour seulement. La femme présente de grosses varices.

Obs. XLII. 1550.—B.G. 38 ans, deux grossesses, procréateur de 37 ans ayant une lésion bacillaire du poumon.

En 1924 : accouche avec application de forceps d'une fille pesant 4.000 gr.

1928 : après un travail de 13 heures et une expulsion de 40 minutes, accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.020 gr. Délivrance naturelle. Le placenta pèse 650 gr. Le B-W. est négatif ; les suites de couches légèrement fébriles. A noter que l'enfant n'a pas encore le 11^e jour, à la sortie de la Maternité, rattrapé son poids de naissance.

Obs. XLIII. 1561.—L.G. 23 ans, quatre grossesses, procréateur de 23 ans bien portant.

En 1922, application de forceps pour une fille de 4.540 gr. ;

En 1924, fille morte née à terme de 2.000 gr. seulement.

En 1925, garçon de 5.540 gr. ;

En 1928 : après un travail de 7 h. 25 et une expulsion de 35 minutes, elle accouche en OIGA d'un garçon pesant 5.010 gr. La délivrance naturelle montre un long cordon (70cm.) et un gros placenta pesant 900 gr., bien que le B-W. ait été négatif ; les suites de couches ont été normales. L'enfant perd du poids, mais

ne rattrape pas son poids de naissance, il reste au 11^e jour stationnaire à plus de 100 gr. au-dessous. —

Obs. XLIV. 1567.—A.O. 24 ans, quatre grossesses.

Les anamnésiques des grossesses précédentes manquent. Après un travail de 23 heures 45, et une expulsion de 10 minutes, elle accouche d'un garçon pesant 4.020 gr. avec deux circulaires du cordon. Délivrance naturelle, le placenta pèse 660 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales. L'enfant à sa sortie le 11^e jour reste stationnaire en-dessous de son poids de naissance.

Obs. XLV. 1591.—R.S. 22 ans, deux grossesses, procréateur de 23 ans bien portant.

En 1926 : accouchement par application de forceps d'une fille pesant 4.100 gr.;

1928: après un travail de 3 heures 30 et une expulsion de 10 minutes, elle accouche en OI DP d'une fille de 4.330 gr. Délivrance naturelle expulsant un placenta de 750 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales. L'enfant fait sa chute de poids normale, mais ne rattrape que lentement, et le 11^e jour, à la sortie, ne pèse encore que 4.100 gr.

Obs. XLVI. 1619.—S.L. 30 ans, trois grossesses, procréateur de 35 ans, paludéen,

En 1917: fille de 3 k.;

1927, garçon prématuré à 7 mois pesant 1.700 gr., et mort le 2^e jour;

1928: après un travail de 3 heures 40 et une expulsion de 15 minutes, elle accouche d'un garçon en OIDP pesant 4.050 gr. qui rattrape le 8^e jour son poids de naissance et croît ensuite normalement. Délivrance naturelle complète expulsant un placenta de 650 gr. A noter que cette femme présente de grosses varices, et que sa réaction de B-W. est positive très fortement.

Obs. XLVII. 1649.—D.M. 27 ans, trois grossesses, procréateur de 27 ans bien portant.

En 1926: fille mort-née avec une circulaire serrée du cordon;

1927: fausse-couche de 4 mois;

1928: après un travail de 9 heures et une expulsion de 10 minutes, elle accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.010 gr. qui fit une chute de poids de 350 gr. et rattrapa son poids de naissance le 7^e jour. La délivrance naturelle expulse un placenta pesant 550 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales. A noter que cette femme a de grosses varices.

Obs. XLVIII. 1657.—B.H. 20 ans, trois grossesses, procréateur de 23 ans.

En 1925: un garçon de poids inconnu;

En 1926: garçon de 4.600 gr.

1928: après un travail de 10 heures 45 et une expulsion de 5 minutes, elle accouche en OIDP d'un garçon

pesant 4.220 gr. présentant une main bote avec syndactylie et qui rattrape son poids de naissance le 8^e jour. La délivrance est naturelle, le placenta pèse 760 gr. Le B-W. négatif, et les suites de couches ont été normales.

Obs. XLIX. 1666.—X.L. 20 ans, primipare, procréateur de 24 ans bien portant. Après un travail de 7 h. 25 et une expulsion de 20 minutes, accouche en OI DP d'une fille pesant 4.020 gr. qui reprend son poids de naissance le 7^e jour et reste stationnaire plusieurs jours autour de 4.150 gr. Délivrance naturelle expulsant un placenta de 600 gr. B-W. négatif, suites de couches normales.

Obs. L. 1682. 23 ans, trois grossesses, procréateur bien portant.

1922: fille prématurée à 8 mois, pesant 1.800 gr.;

1925: garçon de 4.000 gr.

1928: après un travail de 8 heures et une expulsion de 40 minutes, elle accouche en présentation du siège d'un garçon pesant 4.200 gr. L'enfant reprend son poids le 8^e jour. La délivrance naturelle ramène un arrière-faix de 960 gr., donc trop gros pour l'enfant. Le B-W. n'a pas été fait, les suites de couches ont été normales. A noter les grosses varices dont s'est plaint cette femme durant toute sa grossesse et qui la gênaient déjà auparavant et qu'on a constaté un excès de liquide amniotique.

Obs. LI. 1686.—H.M. 34 ans, primipare. Après un travail de 11 heures et une expulsion de 1 heure 20, elle accouche en OIGT d'un garçon pesant 4.010 gr. L'enfant après une forte chute de poids ne pèse encore à la sortie, le 11^e jour, que 3.900 gr. Délivrance naturelle, placenta très gros pesant 780 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales.

Obs. LII. 1690.—K.C. 23 ans, deux grossesses, procréateur de 32 ans.

En 1927 : accouche d'un garçon pesant 3.750 gr. ;

1928 : le travail dure 21 heures, l'expulsion 20 minutes et la femme accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.170 gr. L'enfant rattrape son poids de naissance le 7^e jour, mais la reprise de poids après la chute normale n'a pas été franche, la courbe de poids oscillant 2 jours autour du poids minimum, sans se relever. La délivrance naturelle expulse un placenta de 690 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. LIII. 1708.—G.M. 26 ans, deux grossesses, procréateur de 28 ans:

1925: fille de 3.600 gr.;

1928 : le travail dure 10 heures 20, l'expulsion 10 minutes et la femme accouche en OIGA d'une fille pesant 4.250 gr. L'enfant tombe à 3.700 gr. et se relève péniblement jusqu'à 3.900 gr, moment où il sort de la Maternité et où nous le perdons de vue. La délivrance naturelle ramène un arrière-faix pesant 620

gr., découronné. On applique de la glace sur le ventre de la malade et les suites de couches se passent normalement. Le B-W. est négatif. A noter un très long cordon (70 cm.).

Obs. LIV. 1766.—B.V. 35 ans, sept grossesses, a présenté de l'ictère et des coliques hépatiques, il y a un an: 1915, 1921, 1923, 1925, 1925, 1927: enfants à terme de poids inconnu;

1928: le travail dure 5 heures 15, l'expulsion 15 minutes et la femme accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.790 gr. qui reprend son poids de naissance le 11^e jour. La délivrance naturelle expulse un placenta pesant 1.100 gr. énorme, avec un cordon de 93 cm de long. A noter que la femme a fait pendant tout le temps de sa grossesse des hématuries cessant graduellement et complètement après l'accouchement. B-W. négatif.

Obs. LV. 1768.—M.L. 29 ans, quatre grossesses, procréateur atteint de paludisme,

1920: fille de 3.300 gr.;

1921: fausse-couche de cinq mois;

1924: fille de 4.700 gr.;

En 1928: après un travail de 15 heures et une expulsion de 15 minutes, la femme accouche en OIDP d'un garçon pesant 4.600 gr. avec deux circulaires du cordon qui mesure 90 centimètres. L'enfant reprend son poids de naissance le 7^e jour. Délivrance naturelle, le

placenta pèse 780 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales. La tension artérielle prise à l'appareil de Vaquez a oscillé pendant toute la grossesse (6 derniers mois) autour de 14-8.

Obs. LVI. 1818.—R.J. 35 ans, quatre grossesses:

1922: fille;

1923: garçon;

1925: garçon;

1928: travail de 3 heures 10, expulsion de 10 minutes, accouchement en OIGA d'une fille pesant 4.420 gr. qui le 11^e jour ne pèse encore que 4.300 gr. Délivrance naturelle, placenta pesant 960 gr. On applique de la glace sur le ventre pour retention de fragments de membranes, les suites de couches ont été normales. Le B-W. négatif, bien que le placenta soit trop gros pour l'enfant.

Obs. LVII. 1832.—L. Y. 25 ans, deux grossesses, procréateur de 28 ans.

En 1926: fille de 3.550 gr.;

1928: accouchement en OIGA après un travail de cinq heures et une expulsion de 40 minutes d'un garçon pesant 4.140 gr. Le placenta expulsé par délivrance naturelle pèse 640 gr. L'enfant au 10^e jour ne pèse plus que 4.000 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. LVIII. 1906.—P.M. 24 ans, primipare, procréateur de 24 ans. En OIGA après un travail de 8 heures 40 et une expulsion de 1 heure d'un garçon pesant 4.330 gr. par application de forceps dans l'excavation pour arrêt de l'expulsion. L'enfant ne pèse que 4.100 gr. le 11^e jour. La délivrance naturelle ramène un placenta pesant 630 gr., bas inséré d'après la mensuration des membranes (5+30). Il y a eu hémorragie de la délivrance, de moyenne abondance, facilement arrêtée. On a fait 300 centimètres cubes de sérum sous-cutané et une injection de camphodausse. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales

Obs. LIX. 1951.—A.H. 23 ans, deux grossesses, procréateur de 28 ans.

En 1923: garçon de 3.500 gr.;

1928: après un travail de 4 heures 30 et une expulsion de 30 minutes, la femme accouche en OIGA d'une fille pesant 4.250 gr. qui ne pèse encore que 4.100 gr. le 9^e jour. Délivrance naturelle, placenta de 810 gr., trop lourd pour l'enfant. Le B-W. n'a pas été fait, les suites de couches ont été normales.

Obs. LX. 1974.—B.H. 27 ans, deux grossesses, procréateur bien portant.

1926: fille de 3.800 gr.;

1928: après un travail de 6 heures 20 et une expulsion de 30 minutes, la parturiente accouche en OIGA

d'une fille pesant 4.090 gr. qui rattrape son poids de naissance le 9^e jour et croît ensuite de 100 gr. par jour pendant cinq jours, date à laquelle se fait la sortie de la Maternité. Délivrance naturelle, placenta de 780 gr., trop lourd pour l'enfant. B-W. négatif, les suites de couches ont été normales.

Obs. LXI. 2023.—R.A. 20 ans, primipare, procréateur de 25 ans: le travail dure 12 heures 30, l'expulsion ne se faisant pas, on fait une application de forceps pour modifications des bruits du cœur fœtal. On pratique des incisions du col, et on fait successivement 3 applications de forceps. Les 2 premières infructueuses ont dérapé en droite postérieure; la troisième permet l'extraction en O.S., en une seule prise, le périnée craque entièrement au passage de la circonférence occipito-frontale. Une fille pesant 4.230 gr., en état de mort apparente, ranimée après 45 minutes de soins et qui le 11^e jour ne pèse que 4.060 gr. La délivrance naturelle expulse un placenta pesant 840 gr., trop lourd pour l'enfant, bas inséré, membranes 6cm.+48cm. On fait une injection de $\frac{1}{4}$ de centimètre cube d'extrait hypophysaire, pour mollesse de l'utérus. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales.

Obs. LXII. 2042.—B.Y. 25 ans, primipare, procréateur de 23 ans mort pendant la gestation, d'accident,

bien portant auparavant. Accouchement en OIGA après un travail de 8 heures 20 et une expulsion de 20 minutes d'une fille pesant 4.160 gr. et qui le 11^e jour n'a atteint que le poids de 4.050 gr. Délivrance naturelle amenant un placenta de 740 gr. Le B-W. a été négatif, les suites de couches normales. Cette femme présente un bassin légèrement vicié, sacrum à bout-de-doigt, les lignes innommées sont accessibles sur les $\frac{3}{4}$ de leur longueur.

Obs. LXIII. 2047.—G.Z. 36 ans, quatre grossesses, procréateur de 36 ans. Le résultat du B-W. n'est pas connu, cette femme ayant refusé de se laisser faire une prise de sang.

En 1914: garçon de 3.000 gr.;

En 1921: garçon de 2.500 gr.

En 1922: garçon de 2.750 gr.;

1928: le travail dure 2 heures 35, l'expulsion 10 minutes et l'accouchement se fait en OIGA d'une fille pesant 4.030 gr. et qui après une chute de poids normale n'arrive au 11^e jour à remonter qu'à 3.800 gr. Délivrance naturelle, placenta pesant 670 gr., suites de couches normales.

Obs. LXIV. 2079.—M.H. 38 ans, sept grossesses, procréateur mort d'un ulcère de l'estomac; 6 accouchements normaux à terme, 4 filles et 2 garçons de poids inconnu, toutes les suites de couches ont été normales.

En 1928: Après un travail de 14 heures 30 et 20 mi-

nutes d'expulsion, elle accouche en OIDP d'un garçon pesant 4.110 gr. qui rattrape son poids de naissance le 6^e jour. Délivrance naturelle, placenta pesant 710 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales.

Obs. LXV. 2107. L.L. 21 ans, primipare, procréateur de 31 ans bien portant:

1928: accouche après un travail de 10 heures 30 et une expulsion de 20 minutes en OIDP d'un garçon pesant 4.110 gr. qui perd du poids normalement, oscille 3 jours autour de son poids minimum, puis regagne son poids de naissance le 8^e jour. Délivrance naturelle, placenta pesant 630 gr., le cordon est long de 70 cm.; le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. LXVI. 2155.—R.L. 24 ans, deux grossesses, procréateur bien portant.

En 1926: a accouché d'un garçon à terme de poids inconnu;

1928: après un travail de 16 heures et une expulsion de 10 minutes, accouche en OIDP d'une fille pesant 4.100 gr. qui n'est remontée qu'à 3.950 gr. le 11^e jour après sa naissance. Délivrance naturelle, le placenta pèse 850 gr., trop lourd pour le poids de l'enfant, bas inséré, ainsi qu'il résulte de la mesure des membranes: 0,38 cm. Le cordon est long: 70 cm. Enfin à noter que le bassin est vicié, puisque le promontoire est ac-

cessible par le toucher vaginal. La femme a présenté une assez forte leucorrhée. Le B-W. est négatif, les suites de couches normales.

Obs. LXVII. 2167.—P.H. 37 ans, sept grossesses : 1911, 1912, 1915, 1917, 1919, 1921, enfants à terme de poids inconnu.

En 1928: le travail dure 29 heures, l'expulsion 15 minutes et la femme accouche en OIDP d'un garçon pesant 4.010 gr. après une injection de 1 centigramme de morphine pendant le travail pour œdème du col. L'enfant ne pèse que 3.700 gr. le 9^e jour à la sortie de la Maternité. Délivrance naturelle, placenta pesant 600 gr. B-W. négatif, suites de couches normales.

Obs. LXVIII. 2172.—M.F. 24 ans, deux grossesses, procréateur de 27 ans.

1926: garçon de 4.750 gr.;

1928: après un travail de 8 heures et une expulsion de 10 minutes, accouchement en OIGA d'un garçon pesant 4.340 gr. qui reprend le 8^e jour le poids de sa naissance. Délivrance naturelle expulsant un placenta de 830 gr., trop gros pour le poids de l'enfant. Le B-W. est négatif, les suites de couches physiologiques. A noter que pendant sa grossesse, la parturiente a eu de la pyélonéphrite, soignée par le vaccin du Dr Fisch.

Obs. LXXIX. 2188.—D.A. 22 ans, primipare, accouche en OIGA après un travail de 17 heures 30 et une expulsion de 30 minutes d'un garçon pesant 4.250 gr. qui reprend son poids le 8^e jour. La délivrance naturelle ramène un placenta pesant 650 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches physiologiques.

Obs. LXX. 2226.—M.L. 32 ans. deux grossesses, avec procréateurs différents pour chaque enfant.

1921: fille de 3 k.

1928: travail de 13 heures 25, expulsion en 25 minutes, accouchement en OIGA d'une fille vivante pesant 4.580 gr. L'accouchement a nécessité une épisiotomie. L'enfant ne pèse que 4.475 gr. le 10^e jour à la sortie de la Maternité. Délivrance naturelle, membranes déchirées, placenta pesant 700 gr. Le B-W. est négatif. Dans les suites de couches, on note une légère réaction fébrile avec accélération du pouls le 2^e et 3^e jour, puis tout rentre dans l'ordre.

Obs. LXXI. 2238.—T.C. 31 ans, primipare, procréateur de 45 ans: le travail dure 26 heures, on fait un forceps pour lenteur de l'expulsion en OIGP dans l'excavation et on amène un garçon de 4.340 gr. qui rattrape ce poids le 11^e jour. La délivrance naturelle amène un arrière-faix avec membranes déchirées, pesant 680 gr. On fait $\frac{1}{4}$ de centimètre cube d'extrait hypophysaire pour manque de tonicité de l'utérus, les suites de couches sont normales. Le B-W. négatif.

A noter les grosses varices des membres inférieurs dont se plaint la parturiente.

Obs. LXXII. 2273.—P.A. 20 ans, primipare, procréateur bien portant, opérée d'appencite à froid en 1927, présente de plus une leucorrhée abondante. Après un travail de 35 heures, accouche en OIGA d'un garçon né étonné pesant 4.110 gr., auquel on fait 10 centimètres cubes de sérum antipneumococcique sous-cutané aussitôt après la naissance, son pharynx et son nez étant encombrés de glaires fétides dont on les désobstrue difficilement en $\frac{1}{2}$ heure. Aussitôt après l'expulsion de l'arrière-faix qui est naturelle, celui-ci pesant 750 gr., on constate la rétention complète du chorion. On fait une injection vaginale de solution d'argyrol. Les suites de couches sont fébriles, la température ne tombe que le 13^e jour. On trouve des chaînettes de streptocoques dans l'urine. L'enfant 5 jours après a repris son poids à la naissance. Bien que l'arrière-faix soit trop lourd pour l'enfant, le B-W. s'est montré négatif.

Obs. LXXIII. 2295.—R.R. 22 ans, primipare, procréateur de 22 ans. Après un travail de 8 heures 45 et une expulsion de 15 minutes, la parturiente accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.150 gr. et qui remonte seulement à 3,950 gr. le 11^e jour après la naissance. Délivrance naturelle, arrière-faix pesant 600 gr., suites de couches normales. B-W. négatif.

Obs. LXXIV. 2171. V.M. 21 ans deux grossesses, procréateur de 23 ans.

En 1926, fille de 2 k. 500;

En 1928: après un travail de 6 heures 10 et une expulsion de 10 minutes, elle accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.010 gr. et qui rattrape son poids de naissance le 5^e jour. Délivrance naturelle, arrière-faix pesant 570 gr., les suites de couches ont été fébriles. Le 9^e jour, on constate de la lymphangite du sein qui cède à un traitement approprié. Le B-W. est négatif. A noter que le bassin de cette femme est vicié et qu'elle a un sacrum accessible sur toute sa concavité par le toucher vaginal.

Obs. LXXV. 2338.—B.M. 38 ans, deux grossesses, procréateur de 32 ans.

En 1914: fille de 5 k.

En 1928: après un travail de 7 heures 20 et une expulsion de 15 minutes, accouchement en OIGA d'une fille pesant 4.070 gr. qui rattrape le 5^e jour son poids de naissance. Délivrance naturelle amenant un arrière-faix aux membranes déchirées et pesant 650 gr.. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales, Notons que la femme se plaint de grosses varices des membres inférieurs.

Obs. LXXVI. 2315.—G.B. 39 ans, six grossesses, procréateur tuberculeux baccillifère (soigné à l'Hôpital Laennec) : 1911, 1915, 1918, 1921, 1924 : cinq enfants, dont 1 mort-né et 1 avortement de 3 mois. Toutes les

délivrances et les suites de couches ont été normales.

1928: après un travail de 9 heures, elle accouche en OIGA d'un garçon pesant 4.270 gr. et qui rattrape ce poids le 10^e jour. Délivrance naturelle; l'arrière-faix pèse 630 gr., bas inséré, la mesure des membranes donne 3,37 cm. Le B-W est négatif, les suites de couches normales. Notons que la parturiente présente une hypertension artérielle 15/7 à l'appareil de Vaquez.

Obs. LXXVII. 2234.—F.L. 35 ans, deux grossesses, procréateur de 36 ans, paludéen. Le B-W. n'a pas été fait.

En 1925: fille de 2.750 gr. ;

En 1928: après un travail de 27 heures 30, accouchement en OIGA d'un garçon pesant 4.150 gr. qui le 10^e jour n'a pas encore regagné son poids de naissance. L'arrière-faix expulsé naturellement pèse 610 gr., les suites de couches ont été physiologiques.

Obs. LXXVIII. 2336.—G.A. 24 ans, deux grossesses, procréateur bien portant.

En 1926: fille de 3.500 gr.;

En 1928: après un travail de 9 heures 30, accouchement en OIGA d'un garçon pesant 4.670 gr. qui le 11^e jour ne pèse encore que 4.550 gr. Délivrance naturelle, placenta pesant 550 gr. Le B-W. est négatif, les suites de couches ont été normales.

Obs. LXXIX. 2340.—B.V. 21 ans, primipare. Le B-W. n'a pas été fait. Après un travail de 12 heures 30, et

une expulsion de 20 minutes, accouchement en OIGA d'une fille pesant 4.350 gr. qui le 14^e jour ne pèse que 4.225 gr. après avoir plusieurs fois repris et reperdu du poids. Délivrance naturelle, placenta pesant 780 gr., légère hémorragie de la délivrance, facilement arrêtée ; on a dû faire une épisiotomie. La vulve est œdématiée en la pense au sérum ; les suites de couches sont légèrement fébriles (38° pendant 4 jours). Applications de glace sur le ventre, puis tout rentre dans l'ordre.

Conclusions

L'étude des gros enfants observés en 1928 à la Maternité de l'*Hôpital Boucicaut* nous permet de tirer les conclusions suivantes :

1° Plus de la moitié des gros enfants pesant au-dessus de 4.000 gr. à la naissance est comprise dans les limites du premier groupe de poids que nous avons envisagé (de 4.000 à 4.250 gr.) soit exactement 57,5 % des gros enfants et 2,25 % des enfants en général.

Au-dessus de 4.500 gr. les gros enfants deviennent beaucoup moins fréquents et s'inscrivent seulement pour 3 à 5 % de gros enfants suivant les groupes de poids et seulement 0.1 % environ des enfants en général.

Enfin, parmi les gros enfants on rencontre en moyenne presque deux garçons pour une fille.

2° La mère du gros enfant est dans 50 % des cas âgée de 25 à 35 ans et est une multipare dans la proportion de 75 %.

Le gros enfant ne saurait être imputé ni au repos de la mère pendant la gestation, malgré tous les bienfaits et l'augmentation de poids qui peut en résulter pour le fœtus ; ni à une gestation prolongée au-delà du terme normal,

4° Le gros enfant ressortit dans la proportion suivante à différents facteurs :

a) Dans 30 % des cas, c'est un enfant issu de procréateurs chez qui la syphilis est ou sûre, ou probable, ou possible ; donc nettement plus fréquente qu'elle ne l'est en moyenne.

b) Dans 70 % des cas, c'est ou bien, et c'est de beaucoup le plus fréquent, un « gros enfant physiologique » issu de parents de grande taille et de forte corpulence.

ou bien, rarement de parents obèses ou dans une infime minorité de cas de mère diabétique.

5° Le gros enfant ne dépassant pas 5 k. 340 n'est pas en lui-même une cause de dystocie.

La proportion d'accouchements spontanés dans les cas de gros enfants étant même de 3 % plus forte que chez les enfants considérés sans distinction de poids.

6° Le gros enfant allonge la période de dilatation chez la primipare, ne semble pas l'influencer chez la multipare et en ce qui concerne l'expulsion, quelquefois un peu allongée, elle se trouve plutôt raccourcie dans la moyenne des cas.

7° Cependant dans 5 % des cas, deux fois plus que dans les accouchements pris en général, il faut intervenir pour l'accouchement du gros enfant. — D'ailleurs, 50 % de ces interventions sont motivées par la fatigue du muscle utérin surdistendu qu'il faut aider à terminer le travail.

Le gros enfant ne semble pas déterminer de shock chez la mère.

L'insertion basse du placenta paraît moins fréquente chez les gros enfants que dans la moyenne des accouchements en général.

Les hémorragies de la délivrance sont un peu plus fréquentes que dans l'accouchement des enfants de volume normal.

La délivrance artificielle doit être pratiquée plus fréquemment soit à cause de ces hémorragies qui la commandent, soit à cause de la fatigue du muscle utérin.

Les suites de couches ne sont pas influencées.

10° Le gros enfant, tout en arrivant mieux armé, mieux défendu contre le refroidissement ou les infections perd peu à peu les avantages que lui conférait son poids à la naissance.

Il perd plus de poids que les enfants moyens dans les jours qui suivent, le reprend plus lentement et rentre dans les limites normales, dans les mois qui suivent, si bien que, rien ne peut le distinguer, ensuite, dans son poids ou sa taille, des enfants de poids moyen ou même inférieur à la moyenne, qui sont nés en même temps que lui.

Il est curieux de constater qu'en dépit de la suspicion de syphilis qui pèse lourdement sur eux ; les gros enfants que nous avons observé ont donné une mortinatalité très faible (un seul enfant mort et

macéré Obs. XIII) et une mortalité des premiers jours également très faible puisque nous avons relevé qu'une mort le lendemain de la naissance, et encore, après application de forceps.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

Vu :

Le Président de thèse,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer,

Pour le Recteur de l'Académie de Paris,

L'Inspecteur de l'Académie,

MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- ALPHAND. — Contribution à l'étude du pronostic dans l'accouchement des gros enfants (Thèse Paris 1911).
- APERT. — Etude de la croissance des enfants, in Traité de Pathologie de Sargent (Pédiatrie XXIV).
- BARRÉ — Croissance de carence, alimentation (Thèse Paris 1923).
- BAUX. — Dystocie par gros excès de volume fœtal chez une diabétique (Soc. d'obstétrique de Toulouse 1928).
(rapporté par concours médical 1928 — n° 21).
- BAZON-BRÉA. — Gigantisme fœtal, Nino vivo de 6.300 gr. extraits pour version interne y forceps en cabeza ultima semana méd. Buenos-Ayres I 1927, page 243.
- BOBO. — Considérations sur les gros enfants (Thèse Montpellier 1910).
- BOZZY. — Macrosomia fetale, rivolgimento classico, estrazione strumentale del feto (Art. ostet. Milano 1928. XLI. p. 8).

- BRIDIER. — Recherches sur le rapport du poids du fœtus au poids du placenta dans l'albuminurie et dans la syphilis (Thèse de Paris 1893).
- BRINDEAU et BROUHA. — Dystocie par excès de volume du fœtus (in *Pratique de l'Art des accouchements*).
- BRINDEAU. — Dystocie par gros fœtus (*Presse Médicale*, 17 décembre 1927).
- BROUHA. — De l'importance obstétricale des gros enfants (*Liège-Médical*, 7 juin 1925).
- CARAVIAS. — Fetos gigantes a repeticiun (*Sem. méd. de Buenos-Ayres* 1926 XXXIII, p. 736).
- CANTONI. — *Ætiologia de los fetos grandes, sus relationes sus la lues et hérédolues.*
Revue Médicale de Cuba (Havane), 1925. XXXVI. — 502.
- CHAIET. — Contribution à l'étude du diabète sucré et de la puerpéralité (Thèse Paris 1907).
- COUINAUD. — Etude de quelques indications de l'opération césarienne en dehors du retrécissement du bassin et des tumeurs (Thèse Paris 1919).
- DEBRÉ. — Poids des enfants nés de mères tuberculeuses (*Société de Biologie*, 15 mars 1924).

- DELMAS (J. et P.). — Considérations sur les gros
foetus (Archives d'obst. 1910. — 289).
- DEMELIN -DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur.
- DE MANET. — De l'excès de volume général du foetus.
(L'Hôpital, 1925. XIII — 432).
- DE NOBELE et LAURS. — Action des Rayons X sur la
grossesse et le développement du foetus
(Académie Royale de Médecine de Bel-
gique, 1925. V. — 66).
- DELVIVO. — Développement de l'œuf humain à
terme. (Progrès médical 1925. XI. — 59.
- DESBRUÉRES. — Etude statistique sur les gros
enfants.
Obs. de la clinique Beaudelocque (Thèse
Paris 1924. — 138).
- DUBOIS. — Les gros enfants au point de vue obsté-
trical (Thèse Paris 1897).
- FABRE. — Précis d'obstétrique.
- FRUHLINGHOLTZ. — Annales d'obstétrique 1913. Dia-
bète et gestation, page 477.
- FRUHLINGHOLTZ. — Bulletin de la société d'obst. et de
gynéco. 1921. — page 180.
- JOB (Alain). — Fonctionnement de la clinique Beaudel-
locque pendant l'année 1921. (Thèse
Paris 1923).
- KATZEN. — Recherches statistiques sur le poids des
enfants à la naissance (Thèse Tou-
louse 1915).

KRITZLER KOSCH. — Riesenhind von 7 kg. nach 280 Tagiger Schwangerschaft nebst Bemerkungen über diabetische Ursache der fötalen Riesenwuchs und über die Technik der Kleidotomie.

(Annales d'obst. et gyneco. de Stuttgart XCI. p. 385, 1927).

LEVY SOLAL. — Gynécologie et obstétrique. Revue mensuelle (1921. — tome 2).

LAURO DE FRANCO. — Poids des nouveaux-nés (Thèse Paris 1874).

MARCHAL G. — Accouchement gemellaire dystocique par monstruosité fœtale. (Annales de gynécologie et obstétrique. (Paris 1925. XI. — 59. — 61.

MARTOL. — Grossesse prolongée et dystocie des épaules dans un accouchement de térébenthine. (Fœtus de 5 kg.). — Concours Médical XLVIII, p. 177. — 24 janvier 1926).

MAYGRIER et SCHWAB. — Excès de volume du fœtus. Précis d'obstétrique chez Doin 1927 p. 786.

MOISNARD. — De l'excès de volume de fœtus (grossesse et accouchement), et de l'avenir du gros enfant (Thèse Paris 1903).

NEUROC. — Le poids des enfants légitimes et illégitimes et de son importance en obstétri-

que Brach' slavski Lekarskalishyvi,
numéro 6, mars 1927).

NOBÉCOURT et MAILLET. — La thérapeutique du nour-
risson en clientèle (1923).

PALIERI. — Deux cas peu fréquents de dystocie
fœtale (gros enfants). Rasegna d'obs.
Napoli 1925. — XXXIV, p. 321.

PEIGNAUX. — Le toisage du nourrisson. Son utilité
pour le contrôle méthodique de leur
croissance. (Thèse Paris 1923).

PÉRY. — Accouchement provoqué pour excès de
volume fœtal. (Soc. obst. et gynéco.
Paris 1924).

PEREZ. — A propos d'un « gros œuf de Pinard ». *Sem. méd. Buenos-Ayres.* — XXVI, p.
661.

PINARD. — Dictionnaire de Physiologie de Richet
(1905, tome VII, art. gestation p.
162).

PINARD. — Dictionnaire encyclopédique des sciences
médicales. (art. fœtus).

RATHELOT et ZUCCOLI. — Un cas de dystocie par excès
de volume du fœtus (5.720 gr.).
(Comité médical des Bouches-du-Rhône,
Marseille 1928), rapporté par con-
cours médical (L. n° 11. p. 724).

REED C. B. — The post mature child (Illinois M.
5). oak Park. 1926. p. 487.

RIMEY. — Accouchements dans les présentations du siège lorsque l'enfant est volumineux. (Thèse Paris 1912).

ROUX et RASCOL. — Dystocie par excès de volume fœtal. (Soc. d'obst. et gynécol. de Toulouse 1924).

(Concours Médical, n° du 20 avril 1924).

RUSESCO. — Etude sur le développement de la taille du nourrisson de la naissance à 1 an. (Thèse Paris 1925, n° 466).

RUSESCO. — Etude sur les modalités anormales et normales de développement chez les nourrissons résultant des recherches faites sur 602 cas.

(Société d'anthropologie, 18 décembre 1924).

SAINT-MARTIN. — Contribution à l'étude de la dystocie par excès de volume du fœtus (poitrine et épaules), dans l'accouchement par le sommet. (Thèse Paris 1901).

SELLET. — Grossesse « dite » prolongée. (Thèse Paris 1913).

SENELLARY. — De la durée de Travail dans ses rapports avec le poids de l'enfant et le terme de la grossesse chez les primipares (Thèse Paris 1906).

TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchement. — Tome IV et III.

TOMPKUIS. — Maternity case with unusual features. (Virginia Méd. Mouthly (Richmond). LIV. — janvier 1928).

THOMPS. — A case of foetal dystocia American Journ. of obst and gynécol. Saint-Louis 1926. — XI.

VARIOT. — Sur les facteurs normaux et pathologiques qui avancent ou reculent l'âge de la marche bipède chez les jeunes enfants. (Soc. méd. des hôpitaux, 11 mars 1927).

VARNIER. — Pratique des accouchements.

VIGNÈS H. — Poids des enfants nés de mères tuberculeuses. (Société de Biologie, 8 mars 1924).

VIGNÈS H. — Poids des enfants nés de mères cancéreuses. (Ass. franç. pour l'étude du cancer, 17 mars 1924).

YAGI. — Dystocie par œdème généralisé de fœtus. Relation d'un cas avec considérations éthologiques (Jap. Journ. of obst. Kioto, juin 1927).

ZAILER. — Etude sur les enfants pesant de 4.000 à 5.000 gr. à la naissance. (Thèse Bâle 1922).

ZEUTLER. — Rapports de poids du fœtus au poids du placenta. (Thèse Paris 1891).

IMPRIMERIE LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE - PARIS

- (ATELIERS A TROYES (AUBE) -

